

V | Informe del Observatorio sobre Adultos Mayores

Situación de salud y atención sanitaria
a las personas adultas mayores
en la Región Iberoamericana



La responsabilidad de las opiniones expresadas en la obra incumbe exclusivamente a sus autores/ras y su publicación, en ningún caso, puede considerarse como reflejo de la opinión de todas las instituciones miembros del "Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de la Persona Adulta Mayor", de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y de la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB).



Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de la Persona Adulta Mayor
www.iberoamericamayores.org

Secretaría Técnica del Programa:
Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)
www.oiss.org

Contacto: sec.general@oiss.org
+34 91 561 17 47



V | **Informe del Observatorio sobre Adultos Mayores**

Situación de salud y atención sanitaria
a las personas adultas mayores
en la Región Iberoamericana

Antonio Jiménez Lara
Martha Yolanda Quezada García

Índice

0. Introducción Pág. 08

0.1. El Observatorio sobre Personas adultas Mayores Pág. 08

0.1.1. A quién va dirigido Pág. 08

0.1.2. Objetivos Pág. 08

0.1.3. Funcionamiento Pág. 08

0.2. Qué datos aporta este informe Pág. 09

1. Perfil sociodemográfico de las personas adultas mayores en la Región Iberoamericana Pág. 10

1.1. El envejecimiento, reto y oportunidad Pág. 12

1.2. Demografía de los adultos mayores en Iberoamérica Pág. 12

1.3. Índices de envejecimiento y dependencia Pág. 24

1.4. Población adulta mayor en área rural/urbana Pág. 30

1.5. Niveles de alfabetización de la población adulta mayor Pág. 34

2. Situación de salud de las personas adultas mayores en la región Pág. 38

2.1. Principales causas de mortalidad y morbilidad en la población mayor Pág. 40

2.2. Incidencia, prevalencia y carga de morbimortalidad de las enfermedades crónicas, neurodegenerativas y otras enfermedades asociadas al envejecimiento Pág. 90

2.2.1. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias Pág. 90

2.2.2. Trastornos depresivos Pág. 95

2.2.3. Diabetes mellitus Pág. 99

2.2.4. Enfermedades respiratorias crónicas Pág. 104

2.2.5. Caídas Pág. 109

2.3. Esperanza de vida y esperanza de vida en estado de buena salud Pág. 114

2.4. Personas mayores en situación de discapacidad y dependencia Pág. 121

3. Atención sanitaria de las personas adultas mayores Pág. 124

3.1. Acceso a sistemas de salud y tratamientos Pág. 126

3.1.1. Argentina Pág. 126

3.1.2. Bolivia Pág. 128

3.1.3. Brasil Pág. 129

3.1.4. Chile Pág. 130

3.1.5. Colombia Pág. 131

3.1.6. Costa Rica Pág. 133

- 3.1.7. Cuba **Pág. 134**
- 3.1.8. Ecuador **Pág. 134**
- 3.1.9. El Salvador **Pág. 135**
- 3.1.10. España **Pág. 136**
- 3.1.11. Guatemala **Pág. 137**
- 3.1.12. Honduras **Pág. 138**
- 3.1.13. México **Pág. 138**
- 3.1.14. Nicaragua **Pág. 139**
- 3.1.15. Panamá **Pág. 140**
- 3.1.16. Paraguay **Pág. 140**
- 3.1.17. Perú **Pág. 141**
- 3.1.18. Portugal **Pág. 142**
- 3.1.19. Principado de Andorra **Pág. 142**
- 3.1.20. República Dominicana **Pág. 143**
- 3.1.21. Uruguay **Pág. 143**
- 3.1.22. Venezuela **Pág. 145**
- 3.2. Programas de salud dirigidos específicamente a la población mayor **Pág. 146**
 - 3.2.1. Argentina **Pág. 146**
 - 3.2.2. Bolivia **Pág. 149**
 - 3.2.3. Brasil **Pág. 149**
 - 3.2.4. Chile **Pág. 150**
 - 3.2.5. Colombia **Pág. 151**
 - 3.2.6. Costa Rica **Pág. 151**
 - 3.2.7. Cuba **Pág. 152**
 - 3.2.8. Ecuador **Pág. 152**
 - 3.2.9. El Salvador **Pág. 153**
 - 3.2.10. España **Pág. 153**
 - 3.2.11. Guatemala **Pág. 155**
 - 3.2.12. Honduras **Pág. 155**
 - 3.2.13. México **Pág. 156**
 - 3.2.14. Nicaragua **Pág. 156**
 - 3.2.15. Panamá **Pág. 157**
 - 3.2.16. Paraguay **Pág. 157**
 - 3.2.17. Perú **Pág. 158**
 - 3.2.18. Portugal **Pág. 158**

- 3.2.19. Principado de Andorra **Pág. 160**
- 3.2.20. República Dominicana **Pág. 160**
- 3.2.21. Uruguay **Pág. 160**
- 3.2.22. Venezuela **Pág. 161**
- 3.3. Gasto público y privado en salud **Pág. 161**

4. La respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de los adultos mayores: Conclusiones, recomendaciones y ejemplos de buena práctica

Pág. 168

- 4.1. Conclusiones **Pág. 170**
- 4.2. Recomendaciones **Pág. 172**
 - 4.2.1. Adaptar los sistemas de salud a las necesidades de las personas adultas mayores **Pág. 172**
 - 4.2.2. Promover conductas y ambientes saludables **Pág. 172**
 - 4.2.3. Formación de recursos humanos en geriatría y gerontología **Pág. 173**
 - 4.2.4. Institucionalizar una política integral de cuidados en todos los países de la región **Pág. 173**
 - 4.2.5. Avanzar hacia la atención integrada de las necesidades sanitarias y sociales **Pág. 175**
- 4.3. Ejemplos de buena práctica **Pág. 175**
 - 4.3.1. Atención a la salud en el medio rural (Uruguay) **Pág. 175**
 - 4.3.2. Laboratorio de Neurocognición de la UPSA (Bolivia) **Pág. 175**
 - 4.3.3. Organización de la atención a la salud de las personas adultas mayores institucionalizadas en Fortaleza (Brasil) **Pág. 176**
 - 4.3.4. Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (Chile) **Pág. 176**
 - 4.3.5. Programa de Erradicación de Sujeciones (El Salvador) **Pág. 177**
 - 4.3.6. Plan de prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor (España) **Pág. 177**
 - 4.3.7. Clínicas de la Memoria del Inapam (México) **Pág. 179**
 - 4.3.8. Modelo de Cultura Física para Personas de Edad Avanzada del Inapam (México) **Pág. 179**
 - 4.3.9. Programa GetriatrIMSS (México) **Pág. 179**
 - 4.3.10. Consejos prácticos sobre alimentación y actividad física cuando nos hacemos mayores (Andorra) **Pág. 179**
 - 4.3.11. Atención a la salud en el medio rural (Uruguay) **Pág. 179**
 - 4.3.12. Hospital de Ojos José Martí (Uruguay) **Pág. 180**

5. Referencias bibliográficas Pág. 182

5.1. Generales Pág. 184

5.2. Por países Pág. 184

5.2.1. Bolivia Pág. 184

5.2.2. Chile Pág. 184

5.2.3. Colombia Pág. 184

5.2.4. Ecuador Pág. 184

5.2.5. El Salvador Pág. 185

5.2.6. España Pág. 185

5.2.7. Guatemala Pág. 185

5.2.8. Portugal Pág. 185

5.2.9. Principado de Andorra Pág. 185

5.2.10. Uruguay Pág. 185

6. Índice de Tablas Pág. 186

7. Índice de Gráficos Pág. 192

8. Índice de Mapas Pág. 194

0 | Introducción

Este informe forma parte de las actividades del “Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores” (www.iberoamericanamayores.org), aprobado por la XXI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno (2011), en el que participan instituciones responsables de las políticas públicas hacia las personas mayores de Argentina, Brasil, Chile, España, México, Uruguay y Paraguay.

Este programa se desarrolla con el apoyo de la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) y de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), como secretaría técnica del mismo.

0.1. El Observatorio sobre Personas adultas Mayores

El Observatorio Iberoamericano de Personas Adultas Mayores es un banco de información y análisis de datos acerca de las necesidades y condiciones de vida de las personas adultas mayores en los países de la comunidad iberoamericana, especialmente en lo que se refiere a la protección social –atención sanitaria, seguridad económica, servicios sociales y derechos humanos– de que disfrutaban las personas adultas mayores. En cada informe se aborda un tema específico considerado de especial interés en relación con las personas adultas mayores. Para este V informe, publicado en 2018, se eligió el ámbito de la salud.

Este programa busca profundizar en el conocimiento de la situación de las personas adultas mayores en Iberoamérica, analizar las políticas públicas dirigidas a este colectivo en la región y fomentar el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre países, con el objetivo último de mejorar la calidad de vida de nuestros mayores.

0.1.1. A quién va dirigido

- A las instituciones responsables de generar políticas públicas relacionadas con la protección social de las personas adultas mayores en Iberoamérica.

- A profesionales de los servicios sociales.
- A personal académico y personal investigador en este ámbito.
- A personas adultas mayores y público en general interesados/as en conocer más acerca de las condiciones de vida de este colectivo.

0.1.2. Objetivos

El Observatorio Iberoamericano de Personas Adultas Mayores en Iberoamérica pretende aportar información periódica sobre las condiciones de vida y las necesidades de las personas adultas mayores, especialmente en lo que se refiere a la protección social integral, para detectar carencias y buenas prácticas.

La finalidad última de este Observatorio es aportar datos acerca de la situación y necesidades de las personas adultas mayores que sirvan de apoyo a las personas responsables de proponer políticas públicas en esta materia para el diseño y la mejora de actuaciones hacia este colectivo.

Asimismo, al tratarse de un observatorio que cubre toda la región, también aporta una visión global de las condiciones de vida de las personas adultas mayores en Iberoamérica y facilita el intercambio de experiencias exitosas entre instituciones de la región.

0.1.3. Funcionamiento

Las instituciones participantes en el “Programa Iberoamericano de cooperación sobre la situación de las personas adultas mayores” aportan los datos sobre sus propios países, que se completan con los datos proporcionados por organismos internacionales y por fuentes oficiales estadísticas de los diversos países, de manera que se proporciona información sobre la totalidad de la región Iberoamericana.

El Consejo Intergubernamental del Programa –órgano de toma de decisiones del programa, formado por un/a representante por cada país miembro– se encarga de supervisar la recogida de datos y la elaboración de informes.

Esta información se recoge en un informe que se remite a la Cumbres Iberoamericanas de Jefes de Estado y de Gobierno para dar cuenta de la situación de las personas adultas mayores y también está disponible en la web del programa (www.iberocomamayores.org).

0.2. Qué datos aporta este informe

En su primer capítulo, este informe aporta datos generales sociodemográficos sobre las personas adultas mayores en los países iberoamericanos con la finalidad de enmarcar el análisis.

En los capítulos segundo y tercero, este V Informe se centra, respectivamente, en la situación de salud de las personas adultas mayores en los países de la región y en la atención sanitaria que reciben. El tema de la salud ha sido elegido para esta edición del informe por ser una de las principales preocupaciones de las personas mayores en los países iberoamericanos.

El cuarto y último capítulo, poniendo en relación los datos recogidos en los apartados anteriores, avanza algunas conclusiones acerca de cómo los actuales sistemas de salud están dando respuesta a las necesidades de salud de las personas adultas mayores, formula recomendaciones de mejora para las instituciones públicas y documenta las principales buenas prácticas identificadas en la atención sanitaria a personas adultas mayores en la región que puedan servir como referencia a aquellas instituciones que deseen avanzar en esta materia.

En el informe se analizan, entre otros, los siguientes aspectos:

- Las principales causas de mortalidad y morbilidad en la población mayor.

- La prevalencia de las enfermedades crónicas, neurodegenerativas y otras enfermedades asociadas al envejecimiento.
- La esperanza de vida y la esperanza de vida en salud.
- Las situaciones de discapacidad y dependencia en las personas adultas mayores.
- El acceso de las personas adultas mayores a sistemas de salud y tratamientos.
- Los programas de salud dirigidos específicamente a la población mayor.
- El gasto público y privado en salud.

Los datos recogidos se refieren a las administraciones públicas en todos los niveles territoriales (federal, estatal, municipal, regional, local, etc.) y a los servicios sociales públicos, es decir, aquellos financiados total o parcialmente por la administración pública, no considerando, salvo que se indique expresamente lo contrario, los servicios privados.

A efectos de este Observatorio, por “personas adultas mayores” entendemos aquellas personas que tienen 60 o 65 años o más, en función de la edad utilizada como referencia por diversos organismos internacionales a estos efectos. Hemos tenido en cuenta, en particular, la definición de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, para la que “persona mayor” es aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los 65 años. De acuerdo con dicha Convención, el umbral de 60 años sería aplicable en defecto de una edad base establecida legalmente, mientras que el de 65 años se aplicaría aun cuando la legislación nacional estableciese una edad base mayor.

1 | Perfil sociodemográfico de las personas adultas mayores en la Región Iberoamericana





1.1. El envejecimiento, reto y oportunidad

Una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI es el del envejecimiento de la población mundial. Según datos de la revisión para 2017 del informe de Naciones Unidas «Perspectivas de la Población Mundial», se calcula que hay ya 962 millones de personas con 60 años o más, es decir, un 13 por ciento de la población mundial. Este grupo de población tiene una tasa de crecimiento anual del 3 por ciento. Se espera que el número de personas de 60 años o más se duplique para 2050, fecha en que superará los 2.100 millones, y se triplique para 2100, llegando a 3.100 millones. A nivel mundial, este grupo de población crece más rápidamente que los de personas más jóvenes.

El envejecimiento es el fruto de los avances científicos, psicológicos, médicos, sociales, culturales y en los hábitos de vida de nuestra sociedad, por lo que debe considerarse una conquista y una oportunidad, ya que las personas adultas mayores serán cada vez más ciudadanos activos que contribuirán al desarrollo de sus sociedades. El envejecimiento es también un proceso profundo y complejo, que tendrá repercusiones en nuestras economías, en el mercado de trabajo, en la estructura de las familias, en el ocio y la cultura, en la accesibilidad de las ciudades, en los sistemas políticos y en los patrones de consumo, y que supondrá un formidable reto para los sistemas de protección social, que deberán adaptarse a las necesidades de una población de personas adultas mayores creciente.

1.2. Demografía de los adultos mayores en Iberoamérica

De acuerdo con los últimos datos disponibles (referidos a 2015), la población de los 22 países de la Región Iberoamericana asciende a 666 millones de personas, de las que algo más de 82 millones (el 12,3% del total) tiene 60 o más años de edad. Hay unos 57 millones de personas (el 8,6% del total) con 65 años cumplidos, y algo más de 13 millones de personas (el 2,0% del total) que han superado los 80 años de edad.

Un 55,3% de las personas de 60 o más años residentes en los países de la Región Iberoamericana son mujeres. La proporción de mujeres es creciente conforme avanza la edad, pasando del 52,7% en el grupo de entre 60 y 64 años, al 76,4% en el grupo de los centenarios.

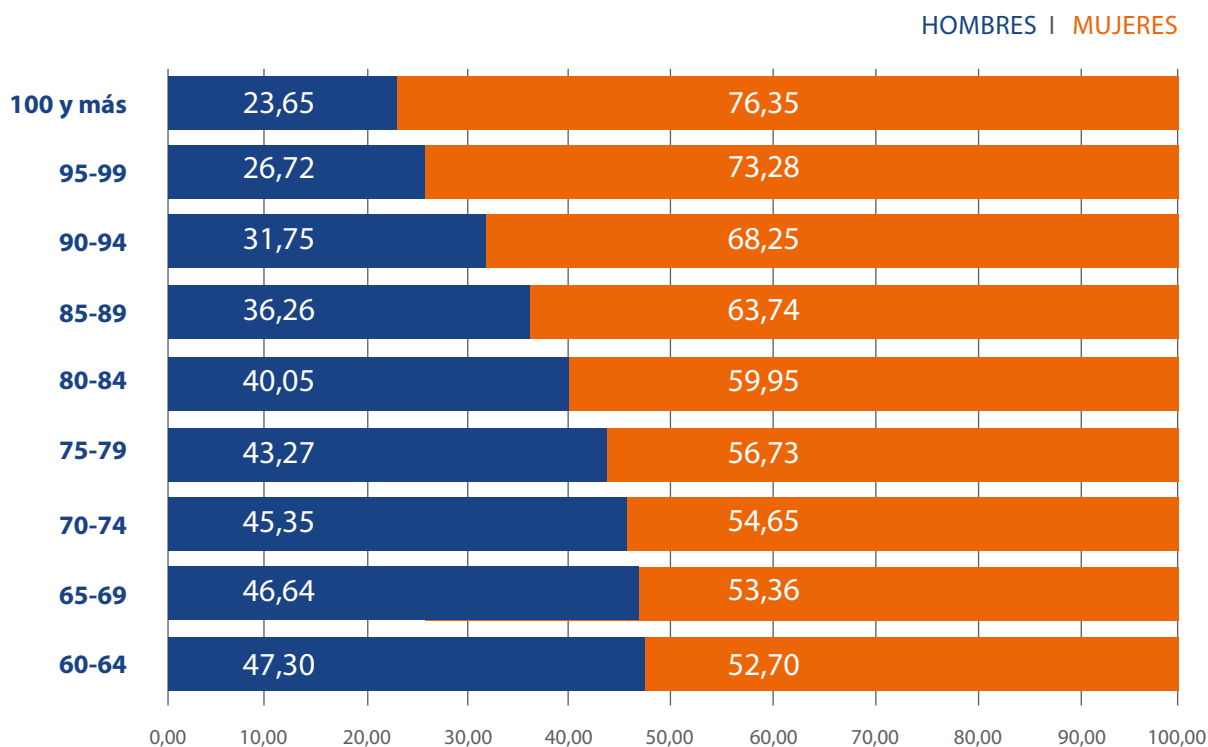
Tabla 1. Población total, personas de 60 o más años por grupos quinquenales de edad, personas con 60, 65 y 80 años cumplidos y porcentaje que suponen sobre el total de la población en la Región Iberoamericana, por sexo (miles de personas y porcentajes). Año 2015.

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Población total (miles)	666.002,6	328.949,1	337.053,5
Personas de 60 o más años, por grupos quinquenales de edad (miles)			
60-64	24.969,5	11.810,4	13.159,1
65-69	19.052,0	8.886,1	10.165,8
70-74	14.288,5	6.479,3	7.809,3
75-79	10.492,0	4.540,1	5.951,9
80-84	7.211,3	2.888,4	4.322,8
85-89	4.076,3	1.478,1	2.598,2
90-94	1.615,0	512,8	1.102,2
95-99	398,9	106,6	292,3
100 y más	63,0	14,9	48,1
Total personas con 60, 65 y 80 años cumplidos (miles)			
Personas con 60 o más años	82.166,5	36.716,8	45.449,7
Personas con 65 o más años	57.197,0	24.906,4	32.290,6
Personas con 80 o más años	13.364,5	5.000,9	8.363,6
Proporción que suponen sobre la población total las personas con 60, 65 y 80 años cumplidos (%)			
Personas con 60 o más años	12,34	11,16	13,48
Personas con 65 o más años	8,59	7,57	9,58
Personas con 80 o más años	2,01	1,52	2,48

Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas de la Población Mundial, Revisión 2017.

Gráfico 1.

Proporción de hombres y de mujeres en los distintos grupos quinquenales de edad por encima de los 60 años en la Región Iberoamericana. Año 2015.



Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas de la Población Mundial, Revisión 2017

Población de 65 o más años

Como se ha indicado en el capítulo introductorio, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores establece que es adulta mayor toda persona que haya cumplido los 65 años de edad, aun cuando la legislación nacional fijase una edad base mayor.

De acuerdo con los últimos datos disponibles (referidos a 2015), en la Región Iberoamericana viven 57,2 millones

de personas de 65 o más años, que suponen el 8,6% de la población total. De estas personas, 32,3 millones (el 56,5%) son mujeres y 24,9 millones (el 43,5% restante) son varones. Los países con mayor número de personas de 65 o más años son Brasil (16,4 millones), España (8,8 millones) y México (8,2 millones). Estos tres países concentran el 58,2% de las personas de 65 o más años de la región.

Tabla 2. Población total y personas de 65 o más años en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. Número (en miles de personas) y porcentaje. Año 2015.

	Personas de 65 o más años						
	Población total (miles)	Número (miles)			Porcentaje sobre la población total de cada sexo		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Argentina	43.417,8	4.744,0	1.905,5	2.838,4	10,9	9,0	12,8
Bolivia	10.724,7	693,4	324,6	368,8	6,5	6,0	6,9
Brasil	205.962,1	16.395,5	7.000,3	9.395,1	8,0	6,9	9,0
Chile	17.762,7	1.850,7	783,3	1.067,4	10,4	8,9	11,9
Colombia	48.228,7	3.394,8	1.491,0	1.903,8	7,0	6,3	7,8
Costa Rica	4.807,8	427,9	199,6	228,3	8,9	8,3	9,5
Cuba	11.461,4	1.593,8	741,0	852,8	13,9	12,9	14,9
Ecuador	16.144,4	1.082,3	499,9	582,4	6,7	6,2	7,2
El Salvador	6.312,5	500,6	215,9	284,7	7,9	7,3	8,5
España	46.397,7	8.758,7	3.754,3	5.004,4	18,9	16,5	21,2
Guatemala	16.252,4	732,5	329,4	403,2	4,5	4,1	4,9
Honduras	8.960,8	395,6	178,9	216,7	4,4	4,0	4,8
México	125.891,0	8.160,0	3.743,2	4.416,8	6,5	6,0	7,0
Nicaragua	6.082,0	309,3	135,8	173,5	5,1	4,5	5,6
P. de Andorra	78,0	10,8	5,2	5,6	13,8	13,1	14,6
Panamá	3.969,2	299,9	140,2	159,7	7,6	7,0	8,1
Paraguay	6.639,1	399,7	191,0	208,7	6,0	5,7	6,4
Perú	31.376,7	2.141,5	973,2	1.168,3	6,8	6,2	7,4
Portugal	10.418,5	2.160,6	907,8	1.252,9	20,7	18,4	22,9
R. Dominicana	10.528,4	700,4	331,4	369,0	6,7	6,3	7,0
Uruguay	3.431,6	495,3	191,8	303,5	14,4	11,6	17,1
Venezuela	31.155,1	1.949,5	863,0	1.086,6	6,3	5,6	6,9
Total general	666.002,6	57.197,0	24.906,4	32.290,6	8,6	7,6	9,6

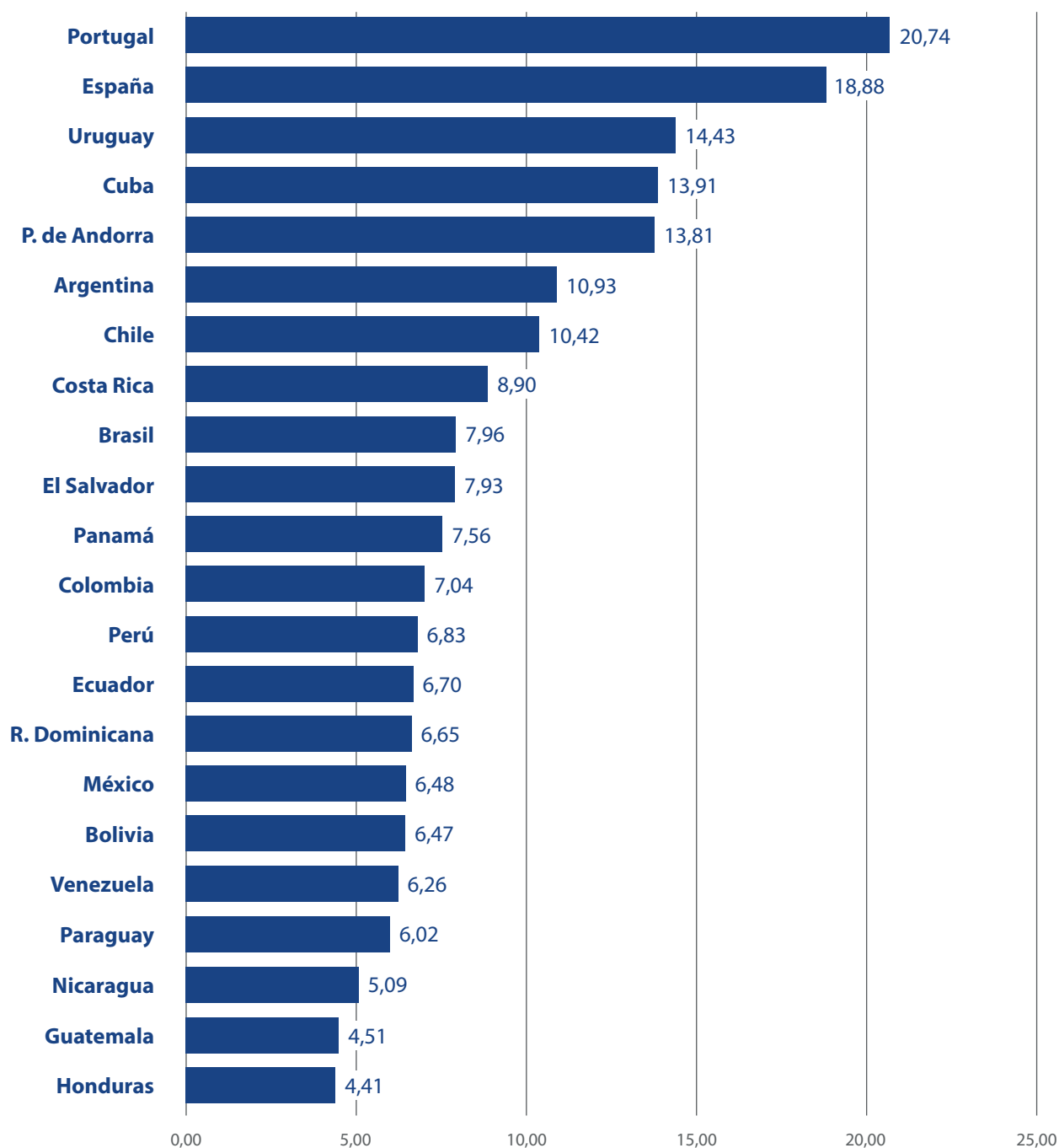
Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas de la Población Mundial, Revisión 2017.

La proporción de personas de 65 o más años, aunque creciente en todos los países de la región, presenta una situación muy variable, desde un 20,7% de población con 65 o más años en Portugal, a solo un 4,4% en Honduras. Los países europeos, junto con los del cono sur (Uruguay,

Chile y Argentina) y Cuba, presentan proporciones de personas con 65 o más años superiores al 10%. Las proporciones más bajas se dan en Nicaragua, Guatemala y Honduras.

Gráfico 2.

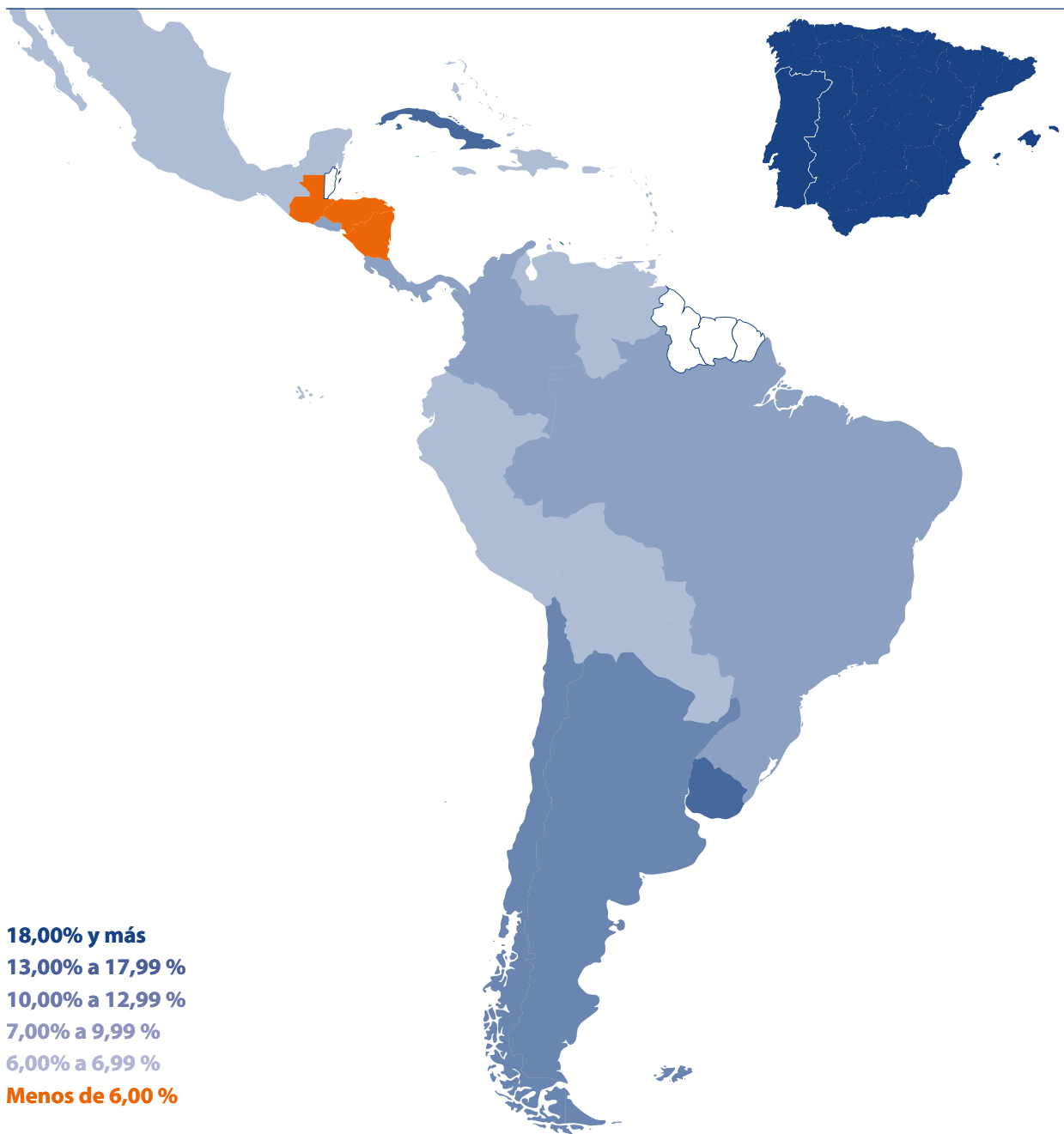
Porcentaje de población de 65 años o más en la Región Iberoamericana, por países. Año 2015.



Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas de la Población Mundial, Revisión 2017.

Mapa 1.

Porcentaje de población de 65 años o más en los países de la Región Iberoamericana. Año 2015



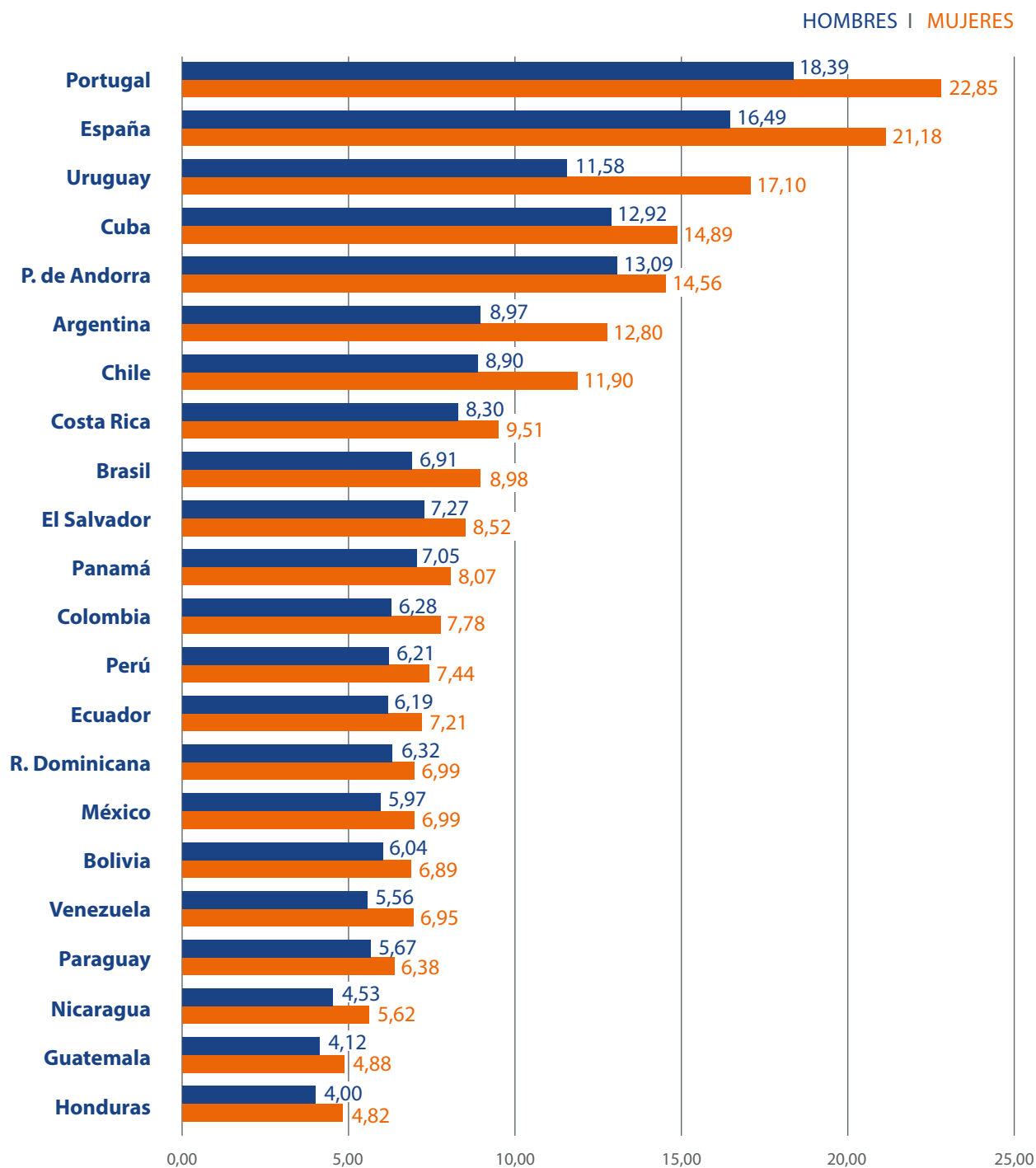
Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas de la Población Mundial, Revisión 2017.

En todos los países de la región, la proporción que supone la población mayor de 65 años es mayor en el caso de las mujeres que en el de los hombres, lo que está en

concordancia con las diferencias en la esperanza de vida, que también presenta claros patrones por género.

Gráfico 3.

Porcentaje de población de 65 años o más en la Región Iberoamericana, por países. Año 2015.



Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas de la Población Mundial, Revisión 2017.

Población de 80 o más años

Como resultado de la extensión del proceso de envejecimiento y el incremento de la esperanza de vida, la población de 80 o más años en la región asciende ya a más de 13,3 millones de personas, que representan el 2% de la población. Los países con mayor número de octogenarios son Brasil (3,2 millones), España (2,8 millones) y México (1,9 millones). En estos tres países se concentra el 59,2% del total de personas de 80 y más años residentes en la región.

La proporción de personas de 80 o más años también es creciente en todos los países de la región, y presenta grandes variaciones por países, desde un 6,04% en España a solo un 0,98% en Guatemala y Honduras. Los

países europeos, junto con Uruguay, presentan proporciones de personas con 80 o más años superiores al 4%. Cuba, Argentina y Chile se sitúan en una posición intermedia, con proporciones de octogenarios de entre el 2% y el 4%. Todos los demás países tienen menos del 2% de personas de 80 y más años. Las proporciones más bajas (por debajo del 1,2%) se dan en Nicaragua, Venezuela, Paraguay, Guatemala y Honduras.

En todos los países la proporción de mujeres de 80 y más años es más alta que la de varones. Las diferencias por más acusadas se dan en Argentina y Uruguay, donde la proporción de mujeres de 80 y más años duplica con creces a la de varones. Los países con menor diferencia por género en la proporción de octogenarios son la República Dominicana y El Salvador.



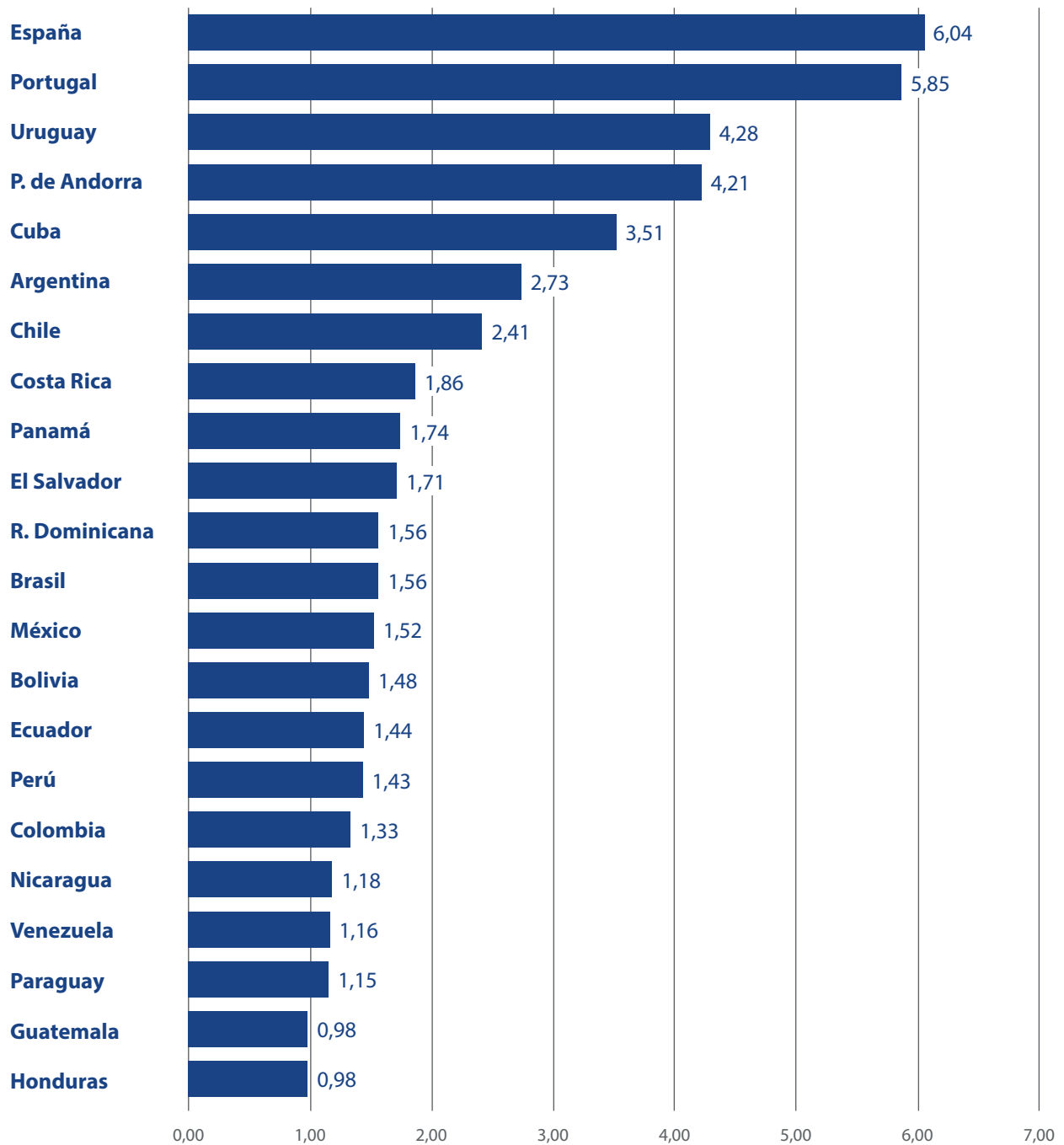
Tabla 3. Población total y personas de 80 o más años en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. Número (en miles de personas) y porcentaje. Año 2015.

	Personas de 80 o más años						
	Población Total (miles)	Número (miles)			Porcentaje sobre la población total de cada sexo		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Argentina	43.417,8	1.184,0	366,4	817,6	2,7	1,7	3,7
Bolivia	10.724,7	159,2	67,7	91,5	1,5	1,3	1,7
Brasil	205.962,1	3.203,8	1.173,2	2.030,5	1,6	1,2	1,9
Chile	17.762,7	428,1	147,4	280,7	2,4	1,7	3,1
Colombia	48.228,7	642,9	254,4	388,5	1,3	1,1	1,6
Costa Rica	4.807,8	89,6	37,8	51,8	1,9	1,6	2,2
Cuba	11.461,4	402,4	167,9	234,5	3,5	2,9	4,1
Ecuador	16.144,4	232,8	99,8	133,0	1,4	1,2	1,6
El Salvador	6.312,5	108,1	45,4	62,6	1,7	1,5	1,9
España	46.397,7	2.804,2	1.028,2	1.776,0	6,0	4,5	7,5
Guatemala	16.252,4	159,3	69,2	90,1	1,0	0,9	1,1
Honduras	8.960,8	87,7	36,1	51,6	1,0	0,8	1,1
México	125.891,0	1.909,4	767,6	1.141,8	1,5	1,2	1,8
Nicaragua	6.082,0	72,0	29,1	42,9	1,2	1,0	1,4
P. de Andorra	78,0	3,3	1,4	1,9	4,2	3,5	4,9
Panamá	3.969,2	69,2	30,8	38,4	1,7	1,5	1,9
Paraguay	6.639,1	76,3	32,6	43,7	1,1	1,0	1,3
Perú	31.376,7	449,3	177,8	271,5	1,4	1,1	1,7
Portugal	10.418,5	609,5	219,1	390,3	5,8	4,4	7,1
R. Dominicana	10.528,4	164,5	74,5	90,0	1,6	1,4	1,7
Uruguay	3.431,6	147,0	43,2	103,8	4,3	2,6	5,8
Venezuela	31.155,1	362,1	131,2	230,9	1,2	0,8	1,5
Total general	666.002,6	13.364,5	5.000,9	8.363,6	2,0	1,5	2,5

Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas de la Población Mundial, Revisión 2017.

Gráfico 4.

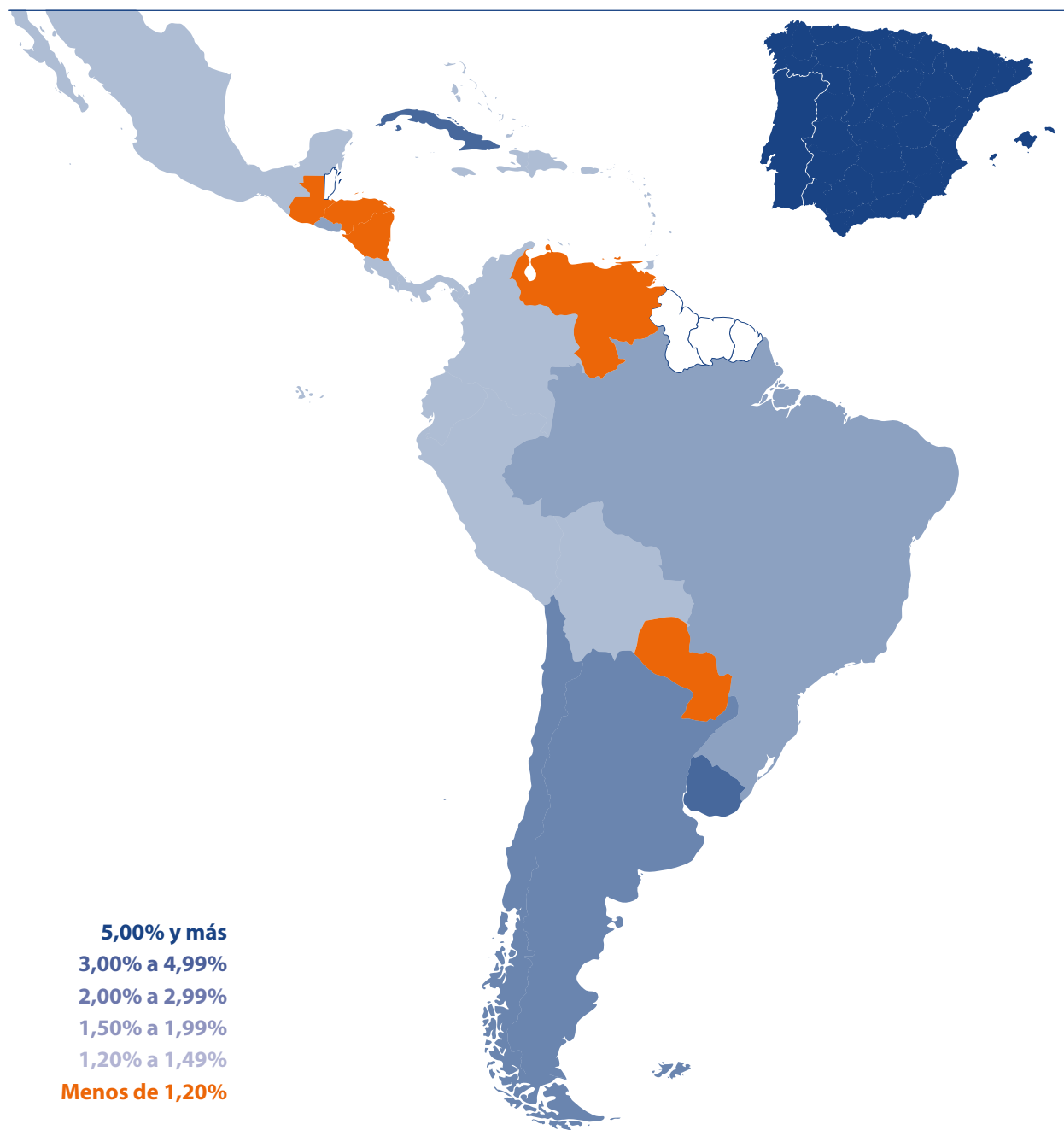
Porcentaje de población de 80 años o más en la Región Iberoamericana, por países. Año 2015.



Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *Perspectivas de la Población Mundial, Revisión 2017.*

Mapa 2.

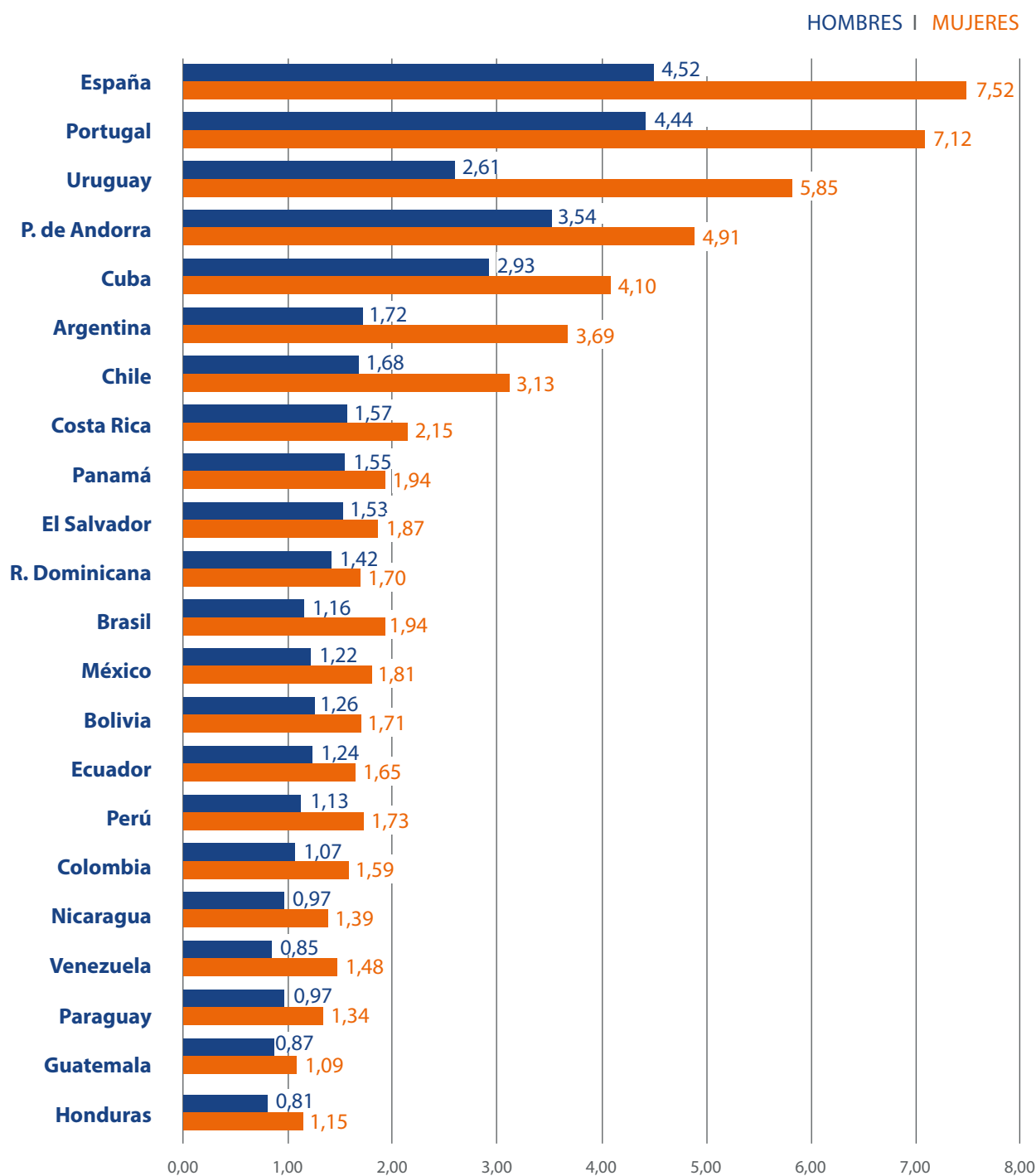
Porcentaje de población de 80 años o más en los países de la Región Iberoamericana. Año 2015.



Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas de la Población Mundial, Revisión 2017.

Gráfico 5.

Porcentaje de población de 80 años o más en la Región Iberoamericana, según sexo, por países. Año 2015.



Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas de la Población Mundial, Revisión 2017.

1.3. Índices de envejecimiento y dependencia

El envejecimiento de la población es un proceso global y generalizado, que afecta a toda la sociedad. El incremento sostenido de los grupos de mayor edad, tanto en cifras absolutas como en relación con la población en edad de trabajar, tiene una influencia directa en la equidad y la solidaridad intergeneracional e intrageneracional, que son la base de la sociedad.

Es también un proceso profundo, que tiene importantes consecuencias y ramificaciones en todas las facetas de la vida humana: en lo económico, incide en el crecimiento, el ahorro, la inversión y el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, la tributación y las transferencias intergeneracionales; en lo social, incide en la salud, la atención de la salud, la composición de la familia y las condiciones de vida, la vivienda y la migración; en lo político, puede influir en los patrones de voto y la representación.

El proceso de envejecimiento poblacional que el mundo está experimentando no tiene precedentes. Los incrementos en los porcentajes de personas mayores van acompañados de descensos en los porcentajes de jóvenes, de forma que, en la segunda mitad del siglo XXI, por primera vez en la historia los adultos mayores en el mundo superarán en número a los jóvenes.

Los indicadores que suelen utilizarse para medir el envejecimiento demográfico ponen en relación los diferentes grupos de edades de la población. El más utilizado es el que expresa la **proporción de personas mayores en relación con la población total** (sus datos para los países de la Región Iberoamericana se han recogido más arriba, en las tablas 1, 2 y 3 de este informe, referidas, respectivamente, a personas de 60 años y más, 65 años y más y 80 años y más). La sencillez de cálculo de este indicador, y el hecho de que los datos necesarios para construirlo estén disponibles incluso para las áreas geográficas menores, lo convierten en el de mayor uso para dar cuenta del envejecimiento poblacional, combinado con el número absoluto de personas mayores. Su principal limitación es que no informa de la heterogeneidad existente en el interior de la población adulta mayor.

Otro indicador frecuentemente utilizado es el denominado **índice de envejecimiento demográfico**, que expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayo-

res y la cantidad de niños y jóvenes existentes en una determinada área geográfica. En la tabla 4 se reflejan los valores de este indicador, para el año 2015, en los países de la Región Iberoamericana. El indicador se ha calculado como el cociente entre el número de personas de 65 y más años y el número de personas de menos de 15 años, multiplicado por cien.

El rango de variación del índice de envejecimiento demográfico en los países de la región es muy elevado. Los valores más bajos se dan en Guatemala, Honduras y Nicaragua, donde hay menos de 17 personas de 65 y más años por cada 100 personas menores de 15 años. También son bajos los valores de este indicador en Bolivia, Paraguay, la República Dominicana, Ecuador, México, Perú, Panamá, El Salvador y Colombia, donde hay entre 20 y 30 adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes, así como en Brasil y Costa Rica, donde hay entre 30 y 40 adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes. En el extremo contrario, los valores más elevados se registran en Portugal y España, donde el número de personas de 65 y más años supera con creces al de personas menores de 15 años. También registran valores altos Cuba y el Principado de Andorra, donde hay alrededor de 85 personas mayores por cada 100 niños y jóvenes. Uruguay, con 65 personas mayores por cada 100 niños y jóvenes, y Chile, con 50, ocupan posiciones intermedias. La mayor longevidad femenina hace que, cuando este indicador se calcula por sexo, los valores sean sistemáticamente mayores en el caso de las mujeres.

La medida más comúnmente utilizada para medir la necesidad potencial de soporte social de la población en edades inactivas por parte de la población en edades activas es la relación global de dependencia. Los valores de este indicador, para el año 2015, en los países de la región se recogen en la tabla 5. El indicador se ha calculado como el cociente entre la suma de los grupos de población de menos de 15 y de 65 y más años de edad (numerador) y la población de 15 a 64 años de edad (denominador), multiplicado por 100.

El rango de variación actual de la relación de dependencia en los países de la Región Iberoamericana no es muy elevado, y oscila entre 43 personas en edades potencialmente inactivas por cada 100 personas en edades activas en el Principado de Andorra y 69 en Guatemala. Como se describe con mayor detalle en el apartado siguiente, dedicado al "bono demográfico", todos los países de la región se encuentran actualmente en una situación en la que la proporción de personas en edades potencialmente productivas supera con creces a la de personas en edades potencialmente inactivas.

Tabla 4. Índice de envejecimiento demográfico (relación entre el número de personas de 65 y más años y el número de personas de menos de 15 años) en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. Porcentaje. Año 2015.

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Argentina	43,4	34,2	52,8
Bolivia	19,9	18,3	21,6
Brasil	35,4	29,6	41,4
Chile	50,0	41,5	58,8
Colombia	29,0	24,9	33,2
Costa Rica	39,9	36,4	43,6
Cuba	85,4	77,2	94,0
Ecuador	23,1	20,9	25,4
El Salvador	28,0	23,7	32,6
España	126,6	105,4	149,2
Guatemala	12,4	11,0	14,0
Honduras	13,4	11,9	14,9
México	23,6	21,2	26,1
Nicaragua	16,9	14,5	19,5
Panamá	27,1	24,9	29,5
Paraguay	20,0	18,7	21,3
Perú	24,5	21,8	27,3
Portugal	147,3	120,8	175,1
P. de Andorra	84,8	80,0	89,9
R. Dominicana	22,2	20,6	23,8
Uruguay	67,4	51,1	84,4
Venezuela	67,4	19,2	25,3

Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *Perspectivas de la Población Mundial, Revisión 2017.*

Tabla 5. Relación global de dependencia (número de personas de 65 y más años y de menos de 15 años por cada 100 personas de entre 15 y 64 años) en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. Porcentaje. Año 2015.

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Argentina	56,5	54,2	58,8
Bolivia	63,7	64,0	63,4
Brasil	43,8	43,4	44,2
Chile	45,5	43,6	47,4
Colombia	45,6	45,9	45,3
Costa Rica	45,4	45,2	45,6
Cuba	43,3	42,2	44,4
Ecuador	55,6	55,9	55,3
El Salvador	56,8	61,3	53,1
España	51,0	47,4	54,7
Guatemala	68,7	71,6	66,0
Honduras	59,8	60,6	59,0
México	51,4	51,9	50,9
Nicaragua	54,1	55,8	52,5
Panamá	54,8	54,8	54,9
Paraguay	56,6	56,1	57,2
Perú	53,2	53,2	53,2
Portugal	53,4	50,6	56,0
P. de Andorra	43,0	41,7	44,4
R. Dominicana	57,8	58,6	57,0
Uruguay	55,9	52,1	59,6
Venezuela	55,9	52,6	52,5

Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *Perspectivas de la Población Mundial, Revisión 2017.*

La relación global de dependencia suele dividirse, a su vez, en dos subcomponentes más específicos, la **relación de dependencia de mayores**, que es el cociente, expresado en porcentaje, entre el número de adultos mayores y el número de personas en edades activas, y la relación de dependencia de jóvenes, que es el cociente, expresado en porcentaje, entre el número de niños y jóvenes en edades no activas y el número de personas en edades activas. La relación de dependencia de mayores es un indicador básico para el diseño de los sistemas de previsión y protección social, mientras que la relación de dependencia de jóvenes lo es, a su vez, para el diseño de

los sistemas educativos y de las políticas de protección de la infancia.

En la tabla 6 se recogen los valores de la relación de dependencia de mayores, en 2015, en los países de la Región Iberoamericana (número de personas de 65 y más años por cada 100 personas de entre 15 y 64 años). El rango de variación de la relación de dependencia de mayores en los países de la región va desde 7,1 personas mayores por cada 100 personas en edades activas en Honduras hasta 31,8 personas mayores por cada 100 personas en edades activas en Portugal.

Tabla 6. Relación de dependencia de mayores (número de personas de 65 y más años por cada 100 personas de entre 15 y 64 años) en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. Porcentaje. Año 2015.

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Argentina	17,1	13,8	20,3
Bolivia	10,6	9,9	11,3
Brasil	11,4	9,9	12,9
Chile	15,2	12,8	17,5
Colombia	10,2	9,2	11,3
Costa Rica	12,9	12,0	13,8
Cuba	19,9	18,4	21,5
Ecuador	10,4	9,7	11,2
El Salvador	12,4	11,7	13,0
España	28,5	24,3	32,8
Guatemala	7,6	7,1	8,1
Honduras	7,1	6,4	7,7
México	9,8	9,1	10,5
Nicaragua	7,8	7,1	8,6
Panamá	11,7	10,9	12,5
Paraguay	9,4	8,8	10,0
Perú	10,5	9,5	11,4
Portugal	31,8	27,7	35,7
P. de Andorra	19,8	18,5	21,0
R. Dominicana	10,5	10,0	11,0
Uruguay	22,5	17,6	27,3
Venezuela	22,5	8,5	10,6

Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *Perspectivas de la Población Mundial, Revisión 2017.*

El “bono demográfico” en Iberoamérica

Mientras que en Europa el proceso de envejecimiento ha llevado casi dos siglos, en otras zonas del planeta el proceso comenzó en fechas más recientes, pero avanza a un ritmo más acelerado. Es el caso de América Latina, donde actualmente vive una población mayor de 60 años que se estima en 55 millones de personas pero que se prevé aumente hasta triplicarse en 2050¹. Al mismo tiempo, asistimos al progresivo envejecimiento de las propias personas adultas mayores, reflejado en el aumento de la proporción que suponen, en el conjunto de la población adulta mayor, el número de personas que alcanzan y superan los 80 años de edad.

En la actualidad, el proceso de envejecimiento en los países iberoamericanos es muy desigual, debido a que los distintos países se encuentran en etapas diferentes de la llamada “transición demográfica”. En cada una de estas etapas se registra un comportamiento característico de los niveles de fecundidad y de mortalidad: durante el período previo a la transición las tasas de natalidad y de mortalidad son elevadas; en las etapas iniciales de la transición demográfica descienden de forma rápida los niveles de mortalidad, debido a los avances médicos y a la mejora de la salud pública y de las condiciones de vida de la población, mientras que la tasa de natalidad se mantiene alta; en las etapas finales de la transición

desciende de forma abrupta la tasa de natalidad por el acceso a la contracepción, la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, la urbanización y otros cambios sociales, a la vez que la tasa de mortalidad continúa el descenso iniciado en la etapa anterior; tras completarse la transición, los países entran en el denominado “régimen demográfico moderno”, en el que la tasa de mortalidad alcanza mínimos históricos y la de natalidad se iguala prácticamente con la de mortalidad.

Los diferentes ritmos de descenso de las tasas de mortalidad y natalidad hacen que, durante una determinada fase de la transición demográfica, la proporción de personas en edades potencialmente productivas crezca de manera sostenida en relación a la de personas en edades potencialmente inactivas. A esta situación se la conoce como “bono demográfico”, “dividendo demográfico” o “ventana demográfica de oportunidades”, en referencia a las posibilidades que ofrece para aumentar las tasas de crecimiento económico per cápita y los niveles de bienestar de la población.

En los países ibéricos de la Región Iberoamericana, el bono demográfico comenzó en la década de los 80 del siglo pasado y terminó con el inicio de este siglo². En los países americanos de la región esta situación de bono demográfico ha sido más tardía: se estima que, para América Latina en su conjunto esta fase se inició a principios del siglo XXI, y se espera que dure hasta finales de la próxima década, cuando vuelva a subir la relación de dependencia.

¹ Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población [en línea] www.eclac.cl/celade_proyecciones/basedatos_BD.htm

² No se dispone de datos del Principado de Andorra más allá del período 1985-2015. En ese período, la relación de dependencia se ha mantenido en niveles muy bajos (inferiores a 40 personas potencialmente inactivas por cada 100 activos), debido a las bajas tasas de natalidad y al hecho de que muchas personas inmigrantes residentes en el Principado (aproximadamente la mitad de la población total es inmigrante) retornan a sus países de origen durante la última etapa de su vida.

Tabla 7. Evolución de la relación de dependencia (personas de 0-14 años y de 65 años y más por cada 100 personas de 15-64 años) en los países iberoamericanos. 1980-2050.

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
P. Andorra		38,9	37,0	36,0	38,6	37,0	37,7	39,1							
Portugal	59,4	55,8	51,9	48,8	47,8	48,6	50,7	53,4	55,4	57,8	62,5	68,6	77,7	85,7	89,6
España	58,7	54,4	50,2	46,7	45,9	44,9	46,7	51,0	53,0	55,6	61,0	68,6	79,3	90,8	96,0
Cuba	65,2	54,0	47,2	46,7	46,4	43,9	43,2	43,5	45,8	48,8	57,7	67,5	76,2	76,8	77,1
Chile	65,5	59,5	57,0	55,8	53,3	49,1	46,5	45,4	46,5	48,5	51,5	55,6	58,9	61,8	65,2
Brasil	73,7	69,7	65,0	58,5	52,6	49,2	47,3	45,4	44,4	44,9	47,2	50,4	54,3	58,8	64,4
Panamá	82,0	75,0	68,4	63,2	59,9	57,0	55,1	53,4	53,1	53,6	54,8	56,5	58,6	60,5	62,3
Uruguay	59,9	60,7	60,4	59,9	60,4	59,5	57,3	55,9	55,3	56,0	56,8	57,1	58,4	60,3	61,3
Costa Rica	69,7	65,6	66,5	63,7	57,8	51,6	47,5	45,8	45,7	46,9	49,2	51,8	54,0	57,6	62,7
Colombia	79,7	71,9	68,1	63,2	56,9	51,8	47,6	45,6	44,7	45,1	46,9	49,9	52,3	55,6	59,5
Venezuela	80,6	75,1	71,2	66,4	60,9	56,4	53,7	51,8	50,3	49,6	49,8	50,6	51,3	52,4	54,2
Argentina	62,6	65,1	65,6	62,9	60,9	58,6	56,8	56,4	55,7	54,8	53,6	52,9	53,3	55,4	56,9
Perú	85,0	78,9	73,9	68,6	64,6	59,6	55,2	53,2	52,1	51,2	50,6	50,6	51,2	52,6	54,1
México	96,5	87,8	76,6	69,6	65,4	61,2	56,2	51,9	50,2	49,9	50,4	51,6	54,4	56,8	59,1
Ecuador	85,1	79,0	73,8	69,6	65,9	61,9	58,3	55,6	54,9	54,2	53,7	53,6	54,1	54,8	56,0
R Dominicana	84,4	78,5	74,3	71,2	67,2	63,7	60,0	57,8	56,0	54,9	54,4	54,2	54,3	54,4	55,1
El Salvador	91,3	87,7	81,3	75,9	73,8	69,5	62,2	55,1	51,5	49,6	49,0	49,1	50,1	51,7	54,1
Nicaragua	98,7	99,5	95,9	87,5	76,9	67,3	60,1	54,2	50,9	48,1	45,6	44,2	44,6	47,0	51,1
Honduras	102,8	100,1	97,0	92,0	85,4	76,9	66,7	57,2	49,9	45,0	42,1	41,8	43,2	46,0	49,2
Paraguay	86,3	83,3	83,0	80,4	74,4	67,0	61,4	56,6	54,6	52,5	50,3	48,2	46,3	46,1	47,8
Bolivia	85,8	85,4	84,4	81,4	77,3	73,2	69,3	64,4	59,8	56,2	53,4	51,4	50,5	50,7	52,0
Guatemala	99,2	98,5	96,4	95,8	94,1	90,6	81,1	70,8	60,9	54,2	49,3	46,2	44,5	44,4	46,0

Relación de dependencia (personas de 0-14 y de 65+ por cada 100 personas de 15-64) inferior a 60, decreciente. 

Relación de dependencia (personas de 0-14 y de 65+ por cada 100 personas de 15-64) inferior a 60, creciente. 

Nota: No se dispone de datos del Principado de Andorra para todo el período.

Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *Perspectivas de la Población Mundial, Revisión 2017.* Los datos del Principado de Andorra proceden del Departament d'Estadística del Govern d'Andorra.

El primer país latinoamericano que entró en la situación de bono demográfico fue Cuba, donde la relación de dependencia se ha mantenido por debajo de 60 personas potencialmente inactivas (menores de 15 o mayores de 65) por cada 100 personas potencialmente activas (entre 15 y 64 años) desde 1985, y ha estado descendiendo sostenidamente hasta alcanzar un mínimo de 43,2 en torno a 2010. Le siguió Chile, donde la relación de dependencia ha estado descendiendo hasta 2015, y tras él Brasil, Panamá, Uruguay, Costa Rica y Colombia, donde la relación de dependencia, que cayó por debajo de 60 entre 1995 y 2000, seguirá su curso descendente hasta 2020. En Venezuela y Argentina, donde la relación de dependencia cayó por debajo de 60 en el año 2000, la fase de descenso se prolongará algo más (hasta 2025 en el primer caso y hasta 2035 en el segundo, según las previsiones). En Perú, la relación de dependencia se mantiene por debajo de 60 desde 2005, y se prevé que seguirá descendiendo hasta 2035. En México, Ecuador y República Dominicana la relación bajó de 60 en 2010 y continuará descendiendo hasta 2025 o 2035, según los países. El Salvador, Nicaragua, Honduras y Paraguay vieron caer su relación de dependencia por debajo de 60 en 2015, y se prevé que Bolivia y Guatemala lo hagan, respectivamente, en 2020 y 2025, completando así la entrada en la situación de bono demográfico de los países iberoamericanos (ver tabla 7).

El período durante el cual la relación de dependencia se mantiene baja (por debajo de 60 personas potencialmente inactivas por cada 100 personas potencialmente activas) y en descenso es considerado como el más propicio para poner las bases de los sistemas de protección social que garanticen la atención a toda la población una vez terminada esta fase. Para ello, se requiere que los cambios demográficos sean acompañados por fuertes inversiones en capital humano y por políticas educativas, de empleo y de protección social adecuadas e integrales, que permitan aprovechar la situación de bono demográfico y potenciar sus efectos sobre la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible. El período posterior durante el cual la relación de dependencia, ya con tendencia ascendente, sigue manteniéndose baja, también es favorable, pero en él las tensiones que debe soportar el sistema de protección social son mayores.

1.4. Población adulta mayor en área rural/urbana

La definición de las áreas urbanas y rurales no es unívoca y en diferentes países de la región iberoamericana se utilizan criterios diferentes, entre países y a lo largo del tiempo, basados por ejemplo en el peso de la población, la disponibilidad de servicios, o la economía. Los datos disponibles sobre población residente en áreas urbanas y rurales en los países americanos de la Región Iberoamericana (y, en concreto, las Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. Revisión 2017, de CELADE) han utilizado los criterios de definición de poblaciones urbanas y rurales aplicados en los distintos censos de población, que pueden ser consultados en la página Web del CELADE (https://www.cepal.org/sites/default/files/def_urbana_rural.pdf). Los datos disponibles para España y Portugal (Población por edad, sexo y tipología urbana rural, de EUROSTAT) se basan en la nueva tipología urbana-rural de EUROSTAT, que utiliza un enfoque de tres pasos para clasificar las regiones NUTS 3 (equivalentes, en España, a Provincias, Consejos insulares y Cabildos, y en Portugal a Grupos de Municipios): En el primer paso se identifican las "áreas rurales" (todas las áreas fuera de «conglomerados urbanos», entendidos como agrupaciones de células de cuadrícula contiguas de 1 km² con una densidad de al menos 300 habitantes por km² y una población mínima de 5.000 habitantes); en el segundo paso, las regiones NUTS 3 se clasifican, sobre la base de la proporción de su población en las zonas rurales en "predominantemente rurales" si la proporción de la población que vive en las zonas rurales es superior al 50%, "intermedias" si la proporción de población que vive en áreas rurales está entre el 20% y el 50% y "predominantemente urbanas" si la proporción de la población que vive en áreas rurales es inferior al 20%; en el tercer paso, se considera el tamaño de los centros urbanos en la región, de manera que una región predominantemente rural que contenga un centro urbano de más de 200.000 habitantes que constituya al menos el 25% de la población regional pasa a ser intermedia, y una región intermedia que contenga un centro urbano de más de 500.000 habitantes que constituya al menos el 25% de la población regional pasa a ser considerada predominantemente urbana. Con el fin de unificar la presentación de los datos, en el caso de España y Portugal hemos agrupado en la categoría de "área urbana" las regiones predominantemente urbanas y las intermedias.

Tabla 8. Porcentaje de población residente en áreas urbanas (población total y personas con 60, 65 y 80 años cumplidos) en los países de la Región Iberoamericana. Año 2018.

	Porcentaje de población residente en áreas urbanas			
	Total	60 y más años	65 y más años	80 y más años
Argentina	92,2	93,2	93,3	94,1
Bolivia	70,4	60,1	59,3	57,6
Brasil	86,5	86,3	86,3	86,7
Chile	89,4	87,7	87,7	88,1
Colombia	80,4	79,5	79,3	80,2
Costa Rica	79,2	81,0	81,0	81,8
Cuba	77,3	79,8	80,0	80,4
Ecuador	65,4	61,8	60,9	61,4
El Salvador	71,1	72,1	72,2	73,2
España	92,8	91,6	91,4	89,6
Guatemala	58,3	63,2	63,6	65,1
Honduras	55,2	53,7	54,1	56,5
México	77,8	75,3	74,2	72,7
Nicaragua	58,1	61,4	61,8	62,7
Panamá	67,4	66,6	65,8	67,5
Paraguay	68,1	67,5	67,5	68,3
Perú	79,7	79,2	78,8	77,8
Portugal	66,6	63,0	62,4	57,9
R. Dominicana	81,2	78,8	78,3	76,8
Uruguay	95,7	95,7	96,0	96,9
Venezuela	90,0	90,5	90,2	90,4

Fuentes:

Países americanos: CELADE, *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. Revisión 2017.*

España y Portugal: EUROSTAT, *Proyecciones de población (Escenario principal): Población por edad, sexo y tipología urbana rural [urt_proj_pms3].*

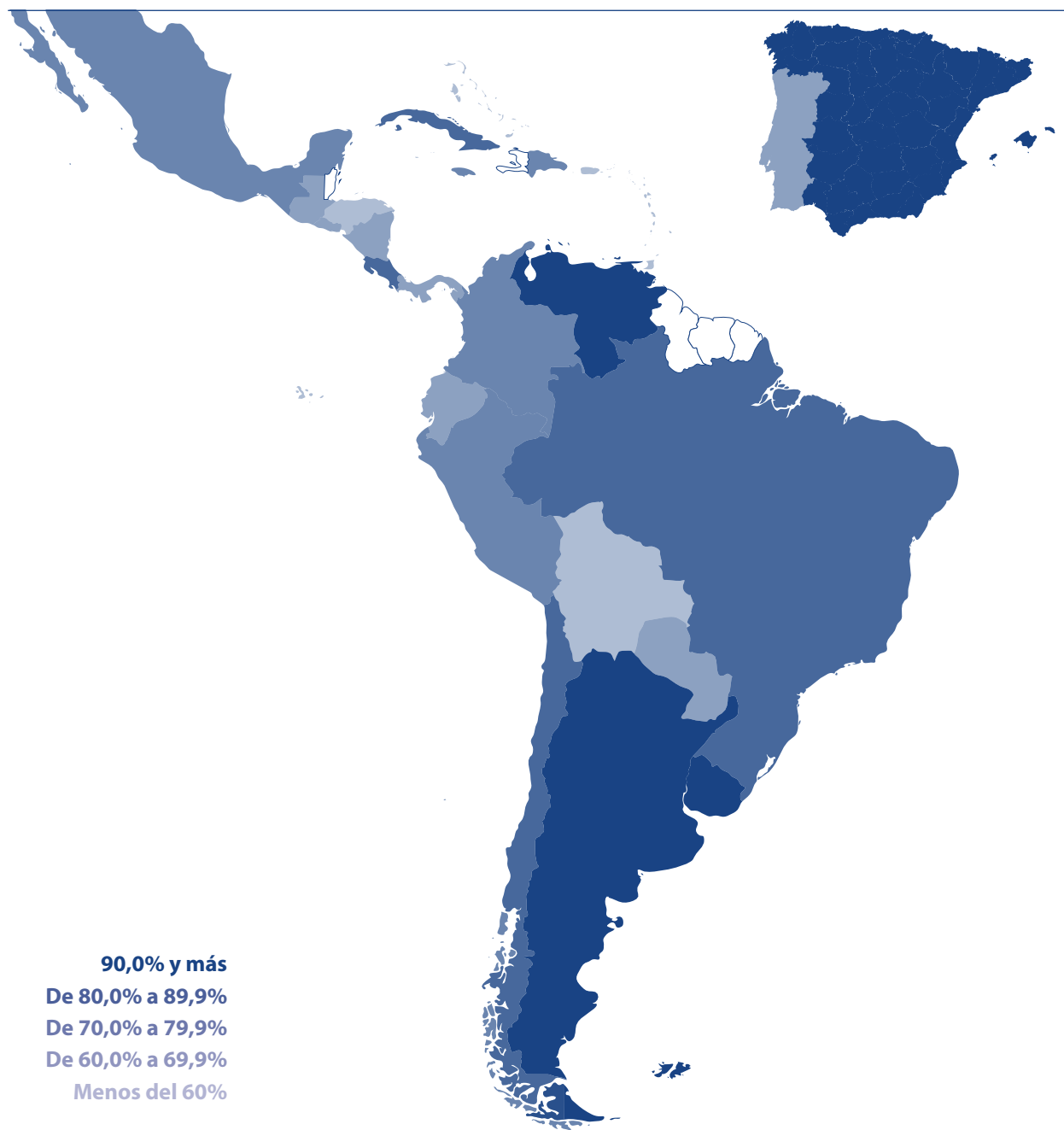
No se dispone de datos para el principado de Andorra.

Como muestra la tabla 8, la población adulta mayor de los países de la Región Iberoamericana (al igual que ocurre con la población total), reside predominantemente en entornos urbanos, aunque en algunos países, como Honduras, Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Guatemala o Portugal la proporción de mayores que residen en áreas rurales si-

gue siendo alta (más de una tercera parte de los mayores viven en estos países en áreas rurales). En el otro extremo, encontramos a Uruguay, Argentina, España y Venezuela, con una población adulta mayor residente en el medio rural muy escasa (menos del 10% de los mayores viven, en estos países, en áreas rurales).

Mapa 3.

Porcentaje de población de 65 años o más que reside en áreas urbanas en los países de la Región Iberoamericana. Año 2018.



Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes: Países americanos: CELADE, Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. Revisión 2017.

España y Portugal: EUROSTAT, Proyecciones de población (Escenario principal): Población por edad, sexo y tipología urbana rural [urt_proj_pms3].

No se dispone de datos para el Principado de Andorra.

La proporción de población adulta mayor residente en áreas urbanas se ha incrementado durante los años transcurridos del presente siglo en todos los países en los que hemos dispuesto de datos para realizar la comparación, excepto en el caso de España (cuyo comportamiento atípico puede deberse a la forma en que se identifican las regiones predominantemente rurales de acuerdo con los criterios de EUROSTAT). Los países en los que más intenso

ha sido el proceso de urbanización de la población adulta mayor durante los años transcurridos del siglo XXI han sido República Dominicana, Costa Rica, Guatemala, Bolivia, Honduras y Paraguay. Por el contrario, las menores variaciones en la proporción de personas adultas mayores que residen en áreas urbanas se han dado, además de en España, en Nicaragua, Argentina, Venezuela, Uruguay, Chile, México, Brasil y Ecuador (ver tabla 9).

Tabla 9. Porcentaje de población con 60 años cumplidos residente en áreas urbanas en algunos países de la Región Iberoamericana. Evolución entre el censo de la ronda 2000 y el año 2018.

País	Censo 2000 (A)	Estimación 2018 (B)	Índice de variación (B/A-1)
Argentina	90,8	93,2	0,03
Bolivia	50,4	60,1	0,19
Brasil	81,6	86,3	0,06
Chile	84,2	87,7	0,04
Costa Rica	63,6	81,0	0,27
Ecuador	58,4	61,8	0,06
España	93,7	91,6	-0,02
Guatemala	51,2	63,2	0,23
Honduras	45,1	53,7	0,19
México	71,4	75,3	0,05
Nicaragua	60,2	61,4	0,02
Panamá	60,2	66,6	0,11
Paraguay	58,2	67,5	0,16
Portugal	57,6	63,0	0,09
República Dominicana	60,8	78,8	0,30
Uruguay	92,5	95,7	0,04
Venezuela	87,5	90,5	0,03

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes:

Países americanos: CELADE, Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. Revisión 2017.

España y Portugal: EUROSTAT, Proyecciones de población (Escenario principal): Población por edad, sexo y tipología urbana rural [urt_proj_pms3].

No se dispone de datos desglosados del censo de la ronda 2000 para Colombia, Cuba, El Salvador, Perú y Principado de Andorra.

1.5. Niveles de alfabetización de la población adulta mayor

La alfabetización es uno de los principales indicadores utilizados para la medición del Índice de Desarrollo Humano. El índice o tasa de alfabetización es el porcentaje

de la población que sabe leer o escribir después de determinada edad. Aunque no existe una convención internacional acerca de la edad a tomar en cuenta ni el nivel cualitativo de lectura o escritura, la UNESCO recopila y difunde estadísticas sobre el nivel de alfabetización de las personas de 15 y más años, por grandes grupos de edad, elaboradas a partir de fuentes nacionales (pueden consultarse las definiciones de alfabetización utilizadas en cada país en <https://bit.ly/2Kiz1MD>).

Tabla 10. Tasa de alfabetización (porcentaje) de las personas de 65 y más años en los países de la Región Iberoamericana según sexo e índice de paridad de género en alfabetización. Último dato disponible.

	Total	Mujeres	Varones	Índice de Paridad de Género	Año
Argentina	95,1	95,0	95,3	1,00	2015
Bolivia	67,5	54,0	82,6	0,65	2015
Brasil	73,6	72,8	74,5	0,98	2014
Chile	88,9	88,5	89,5	0,99	2013
Colombia	80,3	79,9	80,7	0,99	2015
Costa Rica	90,4	90,5	90,2	1,00	2011
Cuba	99,2	99,2	99,2	1,00	2012
Ecuador	77,7	72,6	83,0	0,88	2016
El Salvador	64,8	60,5	70,2	0,86	2015
España	94,7	93,0	96,8	0,96	2016
Guatemala	50,7	40,7	60,9	0,67	2014
Honduras	66,3	63,4	69,8	0,91	2016
México	77,0	73,1	81,6	0,90	2015
Nicaragua	49,2	48,5	50,1	0,97	2005
Panamá	80,9	80,9	80,9	1,00	2010
Paraguay	81,2	77,7	85,2	0,91	2015
Perú	77,7	67,4	89,9	0,75	2016
Portugal	80,5	75,5	87,4	0,86	2011
P. de Andorra	100,0	100,0	100,0	1,00	2016
Rep. Dominicana	78,4	77,2	79,8	0,97	2015
Uruguay	97,0	97,7	96,0	1,02	2015
Venezuela	88,1	86,7	89,8	0,97	2016

Fuente: UNESCO Institute of Statistics (UIS.STAT).

Las estadísticas de la UNESCO muestran que, en los países de la Región Iberoamericana existen todavía grandes diferencias en la tasa de alfabetización de los adultos mayores (tabla 10), siendo Nicaragua y Guatemala los que presentan un índice de alfabetización más bajo (en torno a la mitad de la población adulta mayor sin alfabetizar). Las tasas de alfabetización son también muy bajas en El Salvador, Honduras y Bolivia, donde aproximadamente uno de cada tres adultos mayores no está alfabetizado. En Brasil, México, Ecuador, Perú y República Dominicana no saben leer o escribir aproximadamente uno de cada cuatro mayores, en Colombia, Portugal, Panamá y Paraguay uno de cada cinco y en Venezuela, Chile y Costa Rica, uno de cada diez. Las mayores tasas de alfabetización de los adultos mayores se registran en el Principado de Andorra (100%), Cuba (99,2%), Uruguay (97,0%), Argentina (95,1%) y España (94,7%).

En general, las tasas de alfabetización de la población adulta mayor (personas de 65 y más años) son más elevadas en el caso de los hombres que en el de las mujeres. Solo escapan a esta tendencia Uruguay y Costa Rica, donde la proporción de mujeres alfabetizadas es ligeramente mayor que la de varones, y Argentina, Costa Rica, Cuba, Panamá y el Principado de Andorra, donde las tasas de alfabetización por género están equiparadas. Las mayores diferencias por género en la tasa de alfabetización de los adultos mayores se dan en Bolivia, Guatemala y Perú.

Tal y como puede apreciarse en la tabla 11, los adultos mayores presentan, en la mayor parte de los países de la Región Iberoamericana, unas tasas de alfabetización que

todavía son notoriamente más bajas que las de otros grupos de edad. La mejora que los sistemas educativos de los países de la región han experimentado en las últimas décadas se refleja con mucha nitidez en las tasas de alfabetización de la población joven: todos los países de la región, excepto Nicaragua (país para el que la información de la que se dispone está referida al año 2005), tienen tasas de alfabetización para la población de entre 15 y 24 años superiores al 90%, y que en muchos de ellos se acercan al 100%. También se refleja ya esa mejora, aunque de forma algo más difusa, en las tasas de alfabetización de la población de entre 25 y 64 años (que en todos los países, excepto Nicaragua, Guatemala, El Salvador y Honduras, superan el 90%), pero no ocurre así con las personas de 65 o más años, cuyas tasas de alfabetización se encuentran por debajo del 90% en 16 de los 22 países de la región. La razón es que muchos adultos mayores vivieron su infancia y juventud en un tiempo y espacio en el que la educación, más que un derecho, representaba un privilegio al que no todos podían acceder, y que los programas de educación de adultos no han logrado, en muchos casos, compensar la falta de acceso a la educación durante los primeros años de la vida.

La tasa de analfabetismo marca una clara brecha de acceso a la educación como derecho universal. Sin embargo, supone solo la punta del iceberg de las deficiencias educativas de la población adulta mayor, pues hay personas que, aunque saben leer y escribir, tienen dificultades para la comprensión adecuada de los textos, lo que desfavorece su pleno desenvolvimiento social y el aprovechamiento de todas sus potencialidades.



Tabla 11. Tasa de alfabetización (porcentaje) e índice de paridad de género en alfabetización por grandes grupos de edad en los países de la Región Iberoamericana. Último dato disponible.

	Tasa de alfabetización			Índice de Paridad de Género (Tasa mujeres/Tasa hombres)			Año
	15-24	25-64	65+	15-24	25-64	65+	
Argentina	99,30	98,37	95,09	1,00	1,00	1,00	2015
Bolivia	99,40	93,38	67,47	1,00	0,92	0,65	2015
Brasil	98,85	92,72	73,55	1,01	1,02	0,98	2014
Chile	99,05	97,08	88,89	1,00	1,00	0,99	2013
Colombia	98,53	94,95	80,28	1,01	1,01	0,99	2015
Costa Rica	99,13	97,78	90,37	1,00	1,00	1,00	2011
Cuba	99,87	99,75	99,16	1,00	1,00	1,00	2012
Ecuador	99,06	95,48	77,66	1,00	0,99	0,88	2016
El Salvador	97,95	87,84	64,82	1,01	0,96	0,86	2015
España	99,62	99,21	94,66	1,00	1,00	0,96	2016
Guatemala	94,35	78,55	50,71	0,98	0,85	0,67	2014
Honduras	96,13	88,79	66,28	1,02	1,00	0,91	2016
México	98,94	95,37	77,03	1,00	0,98	0,90	2015
Nicaragua	87,01	75,97	49,23	1,04	0,98	0,97	2005
Panamá	97,64	94,89	80,87	0,99	0,98	1,00	2015
Paraguay	98,33	96,01	81,20	1,01	0,99	0,91	2016
Perú	98,88	94,70	77,70	1,00	0,94	0,75	2011
Portugal	99,44	98,33	80,48	1,00	1,00	0,86	2016
P. de Andorra	100,00	100,00	100,00	1,00	1,00	1,00	2010
Rep. Dominicana	97,61	92,15	78,39	1,01	1,02	0,97	2015
Uruguay	98,93	98,82	97,03	1,01	1,01	1,02	2015
Venezuela	98,76	97,78	88,10	1,01	1,01	0,97	2016

Fuente: UNESCO Institute of Statistics (UIS.STAT).



2 | **Situación de salud de las personas adultas mayores en la región**





2.1. Principales causas de mortalidad y morbilidad en la población mayor

Las estadísticas sobre las causas de muerte ayudan a las autoridades sanitarias a orientar las actividades futuras en materia de salud pública. Por ejemplo, cuando la mortalidad por las cardiopatías se dispara en pocos años, es muy conveniente poner en marcha un programa potente para fomentar modos de vida que ayuden a prevenir estas enfermedades.

El estudio sobre la carga mundial de morbilidad (Global Burden of Disease Study, GBD) que lleva a cabo el Instituto para la Evaluación y Medición de la Salud (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME), proporciona información sobre las muertes prematuras y las situaciones de discapacidad debidas a más de 300 enfermedades y lesiones en 195 países, distribuidas por edad y sexo, desde 1990 hasta el presente, permitiendo comparaciones entre países, a lo largo del tiempo y según grupos de edad.

Las causas de muerte se clasifican, en el estudio GBD, en tres grandes categorías: la primera engloba las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales; la segunda, las enfermedades no transmisibles (conocidas también como enfermedades crónicas), y la tercera, las lesiones producidas por causas externas. A su vez, cada una de estas tres grandes categorías se desglosa en grupos más detallados, atendiendo a la etiología o al sistema corporal al que afectan. En cuanto a las edades, los datos del estudio GBD se presentan desglosados de acuerdo con los siguientes grupos: menos de 5 años, de 5 a 14 años, de 15 a 49 años, de 50 a 69 años y 70 y más años.

Para el conjunto de los países de la Región Iberoamericana (promedio simple de los datos), el 11,3% de los fallecimientos registrados en el año 2016 se ha debido a enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales, el 78,2% a enfermedades no transmisibles y el 10,5% restante a lesiones ocasionadas por causas externas. Al controlar estos datos por sexo, se observa que las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales tienen un peso global muy similar en las mujeres y en los hombres (11,3 y 11,4%, respectivamente), mientras que las enfermedades no transmisibles afectan proporcionalmente más a las mujeres que a los hombres (83,5% frente a 74,0%) y las lesiones afectan proporcionalmente más a los hombres que a las mujeres (5,3% frente al 14,7%).

Conforme avanza la edad, disminuye el peso de las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales (que repunta un poco a partir de los 70 años, debido sobre todo al efecto de las infecciones respiratorias), y aumenta el de las enfermedades no transmisibles. El peso de las lesiones es muy elevado en las edades intermedias, sobre todo entre los hombres y bastante menor entre los menores de 5 años y los mayores de 50, sin que en este caso se registren diferencias apreciables por sexo (tabla 12).

La mayoría de los fallecimientos en mayores de 50 años en los países de la Región Iberoamericana se deben a neoplasmas y a enfermedades cardiovasculares. Ambas causas son las responsables del 56,7% de los fallecimientos de personas de entre 50 y 69 años (datos calculados como promedio simple de los porcentajes por causa de muerte de los 22 países de la región, ver tabla 13), y del 53,9% de los fallecimientos de personas de 70 y más años. La importancia relativa de cada una de estas dos causas de muerte es diferente en cada uno de estos dos grupos de edad: mientras que los neoplasmas son la principal causa de muerte entre los 50 y los 69 años, las enfermedades cardiovasculares toman el relevo como principal causa de muerte a partir de los 70 años. También se aprecia un comportamiento diferente de estas dos causas de muerte cuando los datos se controlan por sexo, pues las enfermedades cardiovasculares tienen más peso que los neoplasmas como causa de muerte en los hombres incluso entre los 50 y los 69 años.

La tercera causa de muerte, tras los neoplasmas y las enfermedades cardiovasculares, es el grupo de enfermedades que engloba la diabetes y las enfermedades urogenitales, hematológicas y endocrinas. Este grupo es responsable del 13,0% de los fallecimientos de personas de entre 50 y 69 años y del 11,2% de los fallecimientos de personas de 70 y más años en los países de la región. Otras enfermedades crónicas con elevada carga de mortalidad son las enfermedades respiratorias crónicas y los desórdenes neurológicos (que afectan sobre todo a los mayores de 70 años), las cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas (que afectan en mayor medida a las personas de entre 50 y 69 años) y las enfermedades digestivas. Entre las enfermedades transmisibles, destaca por su importancia el grupo que engloba la diarrea, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes, que llegan a suponer el 6,5% de las causas de muerte en mayores de 70 años.

En las tablas 14 a 35 se recoge la distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad, en cada uno de los países de la región.

Tabla 12. Región Iberoamericana (promedio simple de 22 países). Distribución de los fallecimientos, por grandes categorías de causas, sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Menos de 5 años	De 5 a 14 años	De 15 a 49 años	De 50 a 69 años	70 años y más	Todas las edades
Ambos sexos						
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	58,91	15,54	11,69	6,49	8,06	11,31
Enfermedades no transmisibles	32,36	44,12	49,24	85,69	88,86	78,21
Lesiones	8,73	40,34	39,06	7,82	3,08	10,48
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mujeres						
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	57,91	17,34	14,70	5,93	7,94	11,30
Enfermedades no transmisibles	33,52	48,21	65,86	90,02	89,47	83,46
Lesiones	8,57	34,45	19,43	4,05	2,59	5,25
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Hombres						
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	59,68	14,28	10,34	6,87	8,20	11,37
Enfermedades no transmisibles	31,46	41,24	41,93	82,69	88,19	73,98
Lesiones	8,86	44,48	47,73	10,44	3,60	14,65
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 13. Región Iberoamericana (promedio simple de 22 países). Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	6,49	8,06	5,93	7,94	6,87	8,20
VIH / SIDA y tuberculosis	1,67	0,39	1,18	0,27	2,01	0,51
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	4,02	6,49	3,94	6,42	4,08	6,58
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,21	0,13	0,21	0,13	0,21	0,14
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,38	0,95	0,38	1,02	0,37	0,89
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,20	0,09	0,21	0,09	0,20	0,09
Enfermedades no transmisibles	85,69	88,86	90,02	89,47	82,69	88,19
Neoplasmas	30,12	17,80	36,05	15,31	26,15	20,46
Enfermedades cardiovasculares	26,57	36,10	23,97	37,10	28,23	35,04
Enfermedades respiratorias crónicas	3,65	6,67	3,75	5,98	3,53	7,41
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	5,80	2,04	4,17	1,78	6,89	2,32
Enfermedades digestivas	2,72	3,09	2,99	3,37	2,51	2,76
Desórdenes neurológicos	2,12	11,20	2,63	13,20	1,83	9,05
Trastornos mentales y de uso de sustancias	1,05	0,22	0,29	0,11	1,60	0,34
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	13,01	11,15	15,15	11,87	11,50	10,40
Trastornos musculoesqueléticos	0,32	0,23	0,60	0,32	0,14	0,14
Otras enfermedades no transmisibles	0,34	0,35	0,41	0,42	0,30	0,29
Lesiones	7,82	3,08	4,05	2,59	10,44	3,60
Lesiones de transporte	2,61	0,75	1,40	0,51	3,44	1,01
Lesiones involuntarias	2,33	1,86	1,36	1,85	3,02	1,86
Autolesiones y violencia interpersonal	2,81	0,45	1,23	0,21	3,91	0,71
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,07	0,02	0,07	0,02	0,07	0,02
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 14. Argentina. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	8,02	10,74	7,92	10,61	8,08	10,90
VIH / SIDA y tuberculosis	0,81	0,11	0,59	0,08	0,94	0,15
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	6,58	9,92	6,69	9,80	6,52	10,07
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,23	0,09	0,23	0,08	0,24	0,11
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,20	0,52	0,19	0,55	0,21	0,47
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,19	0,09	0,22	0,09	0,17	0,09
Enfermedades no transmisibles	86,19	86,78	88,30	87,19	84,96	86,25
Neoplasmas	33,94	18,25	40,37	15,85	30,19	21,25
Enfermedades cardiovasculares	29,57	39,35	25,75	41,64	31,79	36,48
Enfermedades respiratorias crónicas	5,05	7,34	4,58	6,15	5,33	8,84
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	4,43	1,38	2,76	1,08	5,40	1,77
Enfermedades digestivas	2,28	2,49	2,41	2,59	2,20	2,35
Desórdenes neurológicos	1,39	8,29	1,74	10,11	1,18	6,01
Trastornos mentales y de uso de sustancias	0,73	0,32	0,34	0,28	0,95	0,38
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	8,12	8,66	9,33	8,67	7,42	8,64
Trastornos musculoesqueléticos	0,29	0,13	0,58	0,17	0,12	0,08
Otras enfermedades no transmisibles	0,40	0,57	0,45	0,65	0,38	0,47
Lesiones	5,79	2,49	3,78	2,20	6,96	2,85
Lesiones de transporte	1,86	0,56	1,22	0,45	2,23	0,70
Lesiones involuntarias	1,99	1,53	1,50	1,58	2,28	1,46
Autolesiones y violencia interpersonal	1,93	0,39	1,06	0,16	2,44	0,68
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 15. Bolivia. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	10,75	14,32	9,58	13,90	11,86	14,84
VIH / SIDA y tuberculosis	2,56	1,14	1,96	0,85	3,14	1,49
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	6,27	10,76	5,76	10,49	6,76	11,08
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	1,09	0,57	1,04	0,61	1,13	0,52
Trastornos maternos	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,63	1,76	0,63	1,86	0,62	1,63
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,18	0,10	0,16	0,10	0,20	0,11
Enfermedades no transmisibles	81,49	82,71	85,84	83,70	77,34	81,50
Neoplasmas	26,37	17,72	31,49	16,39	21,47	19,33
Enfermedades cardiovasculares	24,90	31,56	23,14	33,27	26,58	29,48
Enfermedades respiratorias crónicas	3,62	7,62	3,74	7,14	3,51	8,21
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	6,12	2,78	5,23	2,64	6,97	2,94
Enfermedades digestivas	4,01	3,79	3,75	3,72	4,26	3,89
Desórdenes neurológicos	1,42	7,03	1,41	7,14	1,42	6,89
Trastornos mentales y de uso de sustancias	0,83	0,24	0,36	0,14	1,27	0,36
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	13,88	11,73	16,25	12,99	11,60	10,19
Trastornos musculoesqueléticos	0,20	0,15	0,31	0,18	0,10	0,11
Otras enfermedades no transmisibles	0,16	0,10	0,17	0,09	0,16	0,10
Lesiones	7,76	2,97	4,57	2,40	10,80	3,67
Lesiones de transporte	3,24	1,03	2,06	0,78	4,37	1,35
Lesiones involuntarias	3,07	1,67	1,52	1,42	4,56	1,99
Autolesiones y violencia interpersonal	1,44	0,26	0,99	0,21	1,88	0,33
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 16. Brasil. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	7,65	9,02	7,14	8,99	7,97	9,05
VIH / SIDA y tuberculosis	1,63	0,26	1,24	0,17	1,87	0,35
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	4,58	7,26	4,51	7,34	4,62	7,17
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,80	0,47	0,82	0,45	0,78	0,48
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,36	0,93	0,31	0,93	0,39	0,93
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,29	0,10	0,26	0,10	0,31	0,11
Enfermedades no transmisibles	84,74	87,81	89,17	88,25	81,95	87,34
Neoplasmas	25,70	15,78	29,55	13,26	23,28	18,47
Enfermedades cardiovasculares	32,13	35,61	31,68	36,03	32,42	35,16
Enfermedades respiratorias crónicas	4,92	7,87	5,29	6,83	4,69	8,99
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	4,74	1,43	2,58	1,11	6,11	1,78
Enfermedades digestivas	2,74	2,85	2,96	3,01	2,60	2,67
Desórdenes neurológicos	2,40	12,47	3,15	15,05	1,93	9,72
Trastornos mentales y de uso de sustancias	1,10	0,20	0,32	0,11	1,59	0,30
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	10,20	10,80	12,57	11,89	8,70	9,64
Trastornos musculoesqueléticos	0,24	0,17	0,42	0,22	0,12	0,11
Otras enfermedades no transmisibles	0,56	0,62	0,66	0,74	0,50	0,50
Lesiones	7,60	3,17	3,68	2,76	10,07	3,61
Lesiones de transporte	2,88	0,71	1,52	0,47	3,74	0,96
Lesiones involuntarias	2,05	2,05	1,21	2,12	2,58	1,99
Autolesiones y violencia interpersonal	2,67	0,40	0,95	0,17	3,75	0,66
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 17. Chile. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	4,12	7,87	3,38	8,14	4,58	7,56
VIH / SIDA y tuberculosis	1,08	0,37	0,64	0,30	1,35	0,45
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	2,38	6,57	2,06	6,88	2,58	6,22
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,08	0,06	0,08	0,05	0,08	0,07
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,26	0,79	0,18	0,82	0,30	0,76
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,32	0,07	0,41	0,09	0,26	0,06
Enfermedades no transmisibles	88,10	89,26	93,07	89,37	85,06	89,12
Neoplasmas	36,05	23,67	44,87	20,90	30,68	26,80
Enfermedades cardiovasculares	24,50	31,74	21,29	32,68	26,45	30,67
Enfermedades respiratorias crónicas	3,71	7,13	3,98	6,65	3,54	7,68
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	9,48	2,42	6,43	1,91	11,35	3,00
Enfermedades digestivas	2,47	2,99	2,73	3,20	2,30	2,75
Desórdenes neurológicos	2,07	10,75	2,42	12,92	1,85	8,28
Trastornos mentales y de uso de sustancias	0,91	0,15	0,26	0,07	1,30	0,24
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	8,13	9,80	9,74	10,24	7,14	9,30
Trastornos musculoesqueléticos	0,46	0,24	0,93	0,37	0,17	0,10
Otras enfermedades no transmisibles	0,33	0,37	0,40	0,43	0,28	0,30
Lesiones	7,78	2,88	3,55	2,49	10,36	3,32
Lesiones de transporte	2,69	0,60	1,28	0,37	3,54	0,86
Lesiones involuntarias	2,48	1,87	1,24	1,99	3,24	1,72
Autolesiones y violencia interpersonal	2,61	0,42	1,03	0,13	3,57	0,75
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 18. Colombia. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	5,35	4,63	4,41	4,53	6,05	4,74
VIH / SIDA y tuberculosis	1,66	0,33	0,94	0,21	2,20	0,46
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	2,79	3,12	2,68	3,10	2,87	3,15
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,24	0,10	0,22	0,09	0,26	0,11
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,48	1,01	0,41	1,07	0,53	0,95
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,17	0,07	0,16	0,06	0,18	0,07
Enfermedades no transmisibles	84,70	92,63	91,55	93,68	79,67	91,53
Neoplasmas	30,12	17,27	36,71	15,77	25,29	18,85
Enfermedades cardiovasculares	30,04	38,81	28,29	39,63	31,31	37,94
Enfermedades respiratorias crónicas	4,81	9,84	4,61	9,21	4,94	10,52
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	2,88	1,59	2,36	1,45	3,26	1,73
Enfermedades digestivas	3,26	3,51	3,39	3,64	3,17	3,38
Desórdenes neurológicos	2,52	10,74	2,97	12,45	2,20	8,94
Trastornos mentales y de uso de sustancias	0,15	0,05	0,09	0,04	0,20	0,06
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	9,76	9,80	11,49	10,24	8,49	9,33
Trastornos musculoesqueléticos	0,45	0,22	0,79	0,31	0,20	0,12
Otras enfermedades no transmisibles	0,70	0,80	0,84	0,94	0,61	0,66
Lesiones	9,95	2,73	4,04	1,80	14,28	3,73
Lesiones de transporte	2,80	0,85	1,48	0,49	3,77	1,24
Lesiones involuntarias	2,00	1,25	1,00	1,09	2,74	1,42
Autolesiones y violencia interpersonal	5,14	0,63	1,55	0,22	7,76	1,07
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,01	0,00	0,01	0,00	0,02	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 19. Costa Rica. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	3,71	3,07	3,21	2,98	4,03	3,16
VIH / SIDA y tuberculosis	1,18	0,19	0,82	0,12	1,41	0,25
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	2,17	2,58	1,97	2,55	2,29	2,60
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,04	0,02	0,05	0,02	0,04	0,02
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,05	0,20	0,05	0,20	0,06	0,21
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,26	0,09	0,31	0,09	0,24	0,08
Enfermedades no transmisibles	88,04	93,18	93,20	93,53	84,77	92,86
Neoplasmas	32,13	22,04	38,75	18,62	27,93	25,24
Enfermedades cardiovasculares	27,24	33,13	23,99	33,73	29,31	32,57
Enfermedades respiratorias crónicas	3,17	8,11	3,39	7,95	3,03	8,27
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	7,35	2,33	5,83	2,31	8,31	2,35
Enfermedades digestivas	2,98	3,69	3,28	3,97	2,79	3,43
Desórdenes neurológicos	3,18	14,20	3,73	16,65	2,83	11,91
Trastornos mentales y de uso de sustancias	0,51	0,12	0,18	0,09	0,71	0,15
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	10,42	8,73	12,13	9,10	9,34	8,37
Trastornos musculoesqueléticos	0,68	0,30	1,43	0,49	0,21	0,12
Otras enfermedades no transmisibles	0,38	0,53	0,48	0,61	0,31	0,45
Lesiones	8,25	3,74	3,60	3,49	11,21	3,98
Lesiones de transporte	3,21	1,01	1,39	0,75	4,37	1,26
Lesiones involuntarias	2,43	2,41	1,40	2,63	3,09	2,21
Autolesiones y violencia interpersonal	2,57	0,31	0,77	0,10	3,71	0,51
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,04	0,01	0,04	0,01	0,04	0,01
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 20. Cuba. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	4,21	7,93	4,02	7,63	4,33	8,22
VIH / SIDA y tuberculosis	0,42	0,04	0,18	0,02	0,59	0,06
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	3,56	7,78	3,63	7,51	3,51	8,03
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,05	0,08	0,04	0,06	0,06	0,09
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,16	0,04	0,15	0,04	0,17	0,04
Enfermedades no transmisibles	89,43	87,09	92,34	87,07	87,51	87,11
Neoplasmas	37,05	21,79	40,29	17,55	34,91	25,80
Enfermedades cardiovasculares	32,69	42,50	30,68	44,54	34,02	40,56
Enfermedades respiratorias crónicas	4,27	4,52	5,41	3,84	3,51	5,17
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	3,39	0,92	2,12	0,77	4,23	1,06
Enfermedades digestivas	2,21	2,23	2,35	2,35	2,11	2,10
Desórdenes neurológicos	1,89	10,22	2,29	12,40	1,62	8,16
Trastornos mentales y de uso de sustancias	1,19	0,28	0,18	0,24	1,85	0,33
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	6,11	4,26	8,01	4,88	4,85	3,68
Trastornos musculoesqueléticos	0,29	0,14	0,58	0,22	0,10	0,07
Otras enfermedades no transmisibles	0,36	0,22	0,43	0,27	0,31	0,16
Lesiones	6,36	4,98	3,64	5,30	8,16	4,67
Lesiones de transporte	1,38	0,39	0,64	0,28	1,88	0,49
Lesiones involuntarias	1,97	3,73	1,33	4,55	2,40	2,96
Autolesiones y violencia interpersonal	3,00	0,86	1,67	0,47	3,89	1,22
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 21. Ecuador. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	6,95	9,22	5,95	9,51	7,65	8,92
VIH / SIDA y tuberculosis	2,17	0,62	1,25	0,45	2,83	0,79
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	4,10	6,91	4,00	7,10	4,18	6,72
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,14	0,08	0,14	0,08	0,13	0,09
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,38	1,51	0,40	1,79	0,36	1,23
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,15	0,10	0,17	0,10	0,14	0,09
Enfermedades no transmisibles	80,97	86,78	87,76	87,46	76,15	86,07
Neoplasmas	24,24	18,67	31,51	17,24	19,08	20,14
Enfermedades cardiovasculares	22,83	30,50	21,10	31,68	24,06	29,30
Enfermedades respiratorias crónicas	2,22	6,02	2,11	5,16	2,29	6,90
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	6,83	3,21	5,52	2,97	7,75	3,46
Enfermedades digestivas	3,25	3,51	3,13	3,45	3,33	3,58
Desórdenes neurológicos	1,75	8,91	1,99	9,92	1,59	7,89
Trastornos mentales y de uso de sustancias	1,30	0,35	0,49	0,19	1,87	0,51
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	18,07	15,18	21,14	16,30	15,89	14,03
Trastornos musculoesqueléticos	0,30	0,31	0,54	0,45	0,12	0,17
Otras enfermedades no transmisibles	0,19	0,10	0,21	0,11	0,17	0,09
Lesiones	12,08	4,01	6,29	3,03	16,19	5,01
Lesiones de transporte	4,37	1,38	2,30	0,89	5,83	1,88
Lesiones involuntarias	3,27	1,76	1,47	1,49	4,54	2,03
Autolesiones y violencia interpersonal	3,01	0,44	1,09	0,21	4,37	0,68
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	1,43	0,42	1,42	0,43	1,45	0,42
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 22. El Salvador. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	6,39	8,67	6,32	8,25	6,45	9,17
VIH / SIDA y tuberculosis	0,57	0,21	0,37	0,13	0,73	0,29
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	5,09	7,19	5,30	6,92	4,92	7,50
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,08	0,05	0,06	0,06	0,09	0,04
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,51	1,13	0,45	1,05	0,56	1,22
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,14	0,10	0,13	0,09	0,15	0,11
Enfermedades no transmisibles	82,41	87,13	88,38	88,61	77,53	85,41
Neoplasmas	20,05	13,46	27,06	12,85	14,34	14,18
Enfermedades cardiovasculares	21,82	34,75	22,56	36,43	21,21	32,80
Enfermedades respiratorias crónicas	2,19	4,89	2,76	4,95	1,73	4,82
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	6,30	2,33	5,51	2,29	6,95	2,39
Enfermedades digestivas	2,17	2,55	2,46	2,80	1,94	2,27
Desórdenes neurológicos	1,70	11,11	2,00	11,87	1,45	10,22
Trastornos mentales y de uso de sustancias	3,68	0,54	0,38	0,09	6,36	1,06
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	23,97	16,95	25,01	16,74	23,11	17,18
Trastornos musculoesqueléticos	0,23	0,22	0,35	0,25	0,12	0,19
Otras enfermedades no transmisibles	0,31	0,33	0,29	0,35	0,32	0,31
Lesiones	11,20	4,20	5,30	3,14	16,02	5,43
Lesiones de transporte	4,00	1,47	2,17	0,92	5,50	2,11
Lesiones involuntarias	1,92	2,01	1,11	1,91	2,57	2,13
Autolesiones y violencia interpersonal	5,28	0,72	2,02	0,31	7,94	1,19
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 23. España. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	2,36	3,48	2,12	3,30	2,47	3,70
VIH / SIDA y tuberculosis	0,45	0,09	0,24	0,07	0,55	0,11
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,64	3,19	1,55	3,01	1,68	3,40
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,01	0,00	0,02	0,00	0,01	0,00
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,04	0,12	0,04	0,14	0,04	0,11
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,21	0,07	0,27	0,07	0,19	0,08
Enfermedades no transmisibles	92,48	94,21	93,83	94,59	91,86	93,76
Neoplasmas	52,55	21,47	56,54	15,81	50,71	28,22
Enfermedades cardiovasculares	20,89	32,92	17,33	35,53	22,53	29,81
Enfermedades respiratorias crónicas	4,05	9,08	3,46	7,36	4,32	11,13
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	4,62	1,18	3,38	1,03	5,19	1,36
Enfermedades digestivas	2,07	3,34	2,12	3,53	2,05	3,11
Desórdenes neurológicos	3,64	18,18	5,43	22,52	2,82	12,99
Trastornos mentales y de uso de sustancias	0,52	0,11	0,32	0,09	0,61	0,13
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	3,55	7,26	4,24	7,86	3,24	6,54
Trastornos musculoesqueléticos	0,21	0,27	0,44	0,35	0,10	0,16
Otras enfermedades no transmisibles	0,38	0,41	0,56	0,49	0,29	0,30
Lesiones	5,15	2,31	4,05	2,11	5,66	2,54
Lesiones de transporte	1,18	0,25	0,87	0,16	1,32	0,34
Lesiones involuntarias	1,94	1,75	1,58	1,80	2,10	1,69
Autolesiones y violencia interpersonal	2,04	0,31	1,60	0,15	2,24	0,51
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 24. Guatemala. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	13,07	18,87	13,11	18,54	13,05	19,22
VIH / SIDA y tuberculosis	1,17	0,25	0,87	0,18	1,44	0,33
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	9,53	13,34	9,69	12,74	9,39	13,94
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,15	0,09	0,15	0,07	0,14	0,11
Trastornos maternos	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	2,05	5,09	2,21	5,45	1,91	4,75
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,17	0,10	0,18	0,10	0,17	0,09
Enfermedades no transmisibles	77,59	77,84	82,89	79,15	73,03	76,53
Neoplasmas	19,21	14,09	24,42	13,13	14,73	15,04
Enfermedades cardiovasculares	17,40	27,76	17,23	28,44	17,54	27,08
Enfermedades respiratorias crónicas	1,96	3,83	2,13	3,39	1,81	4,26
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	9,42	3,01	6,95	2,59	11,53	3,42
Enfermedades digestivas	3,50	3,20	3,69	3,35	3,35	3,04
Desórdenes neurológicos	1,53	9,86	1,66	10,96	1,42	8,77
Trastornos mentales y de uso de sustancias	2,80	0,43	0,69	0,11	4,60	0,75
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	21,27	15,21	25,50	16,62	17,64	13,79
Trastornos musculoesqueléticos	0,22	0,26	0,32	0,33	0,14	0,20
Otras enfermedades no transmisibles	0,28	0,20	0,31	0,23	0,26	0,17
Lesiones	9,34	3,28	3,99	2,31	13,92	4,25
Lesiones de transporte	2,06	0,67	0,94	0,43	3,01	0,91
Lesiones involuntarias	3,60	2,06	1,74	1,63	5,19	2,49
Autolesiones y violencia interpersonal	3,68	0,55	1,31	0,25	5,72	0,85
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 25. Honduras. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	5,82	5,60	5,50	5,35	6,13	5,91
VIH / SIDA y tuberculosis	1,85	0,93	1,49	0,84	2,19	1,04
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	2,92	3,59	2,67	3,31	3,15	3,94
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,23	0,19	0,31	0,16	0,15	0,23
Trastornos maternos	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,61	0,68	0,76	0,77	0,47	0,58
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,21	0,20	0,25	0,27	0,17	0,12
Enfermedades no transmisibles	85,86	91,68	89,67	92,50	82,36	90,68
Neoplasmas	18,88	11,65	23,52	11,55	14,62	11,75
Enfermedades cardiovasculares	32,38	41,31	23,28	35,25	40,74	48,75
Enfermedades respiratorias crónicas	5,36	7,74	7,58	8,93	3,33	6,27
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	5,94	3,03	5,39	3,23	6,42	2,78
Enfermedades digestivas	5,00	6,53	8,03	9,81	2,22	2,50
Desórdenes neurológicos	1,68	9,15	1,85	10,14	1,52	7,95
Trastornos mentales y de uso de sustancias	1,28	0,22	0,23	0,02	2,24	0,48
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	14,81	11,65	18,93	13,02	11,03	9,96
Trastornos musculoesqueléticos	0,41	0,38	0,69	0,52	0,16	0,22
Otras enfermedades no transmisibles	0,12	0,02	0,17	0,02	0,08	0,03
Lesiones	8,32	2,72	4,83	2,16	11,51	3,41
Lesiones de transporte	2,20	0,79	1,46	0,57	2,89	1,05
Lesiones involuntarias	2,30	1,37	1,22	1,16	3,29	1,63
Autolesiones y violencia interpersonal	3,81	0,56	2,15	0,42	5,33	0,74
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 26. México. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	4,64	5,81	4,33	5,68	4,88	5,95
VIH / SIDA y tuberculosis	1,03	0,24	0,72	0,15	1,26	0,33
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	2,77	3,18	2,73	2,99	2,80	3,36
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,05	0,03	0,06	0,03	0,05	0,03
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,59	2,27	0,57	2,40	0,61	2,14
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,20	0,09	0,25	0,10	0,16	0,08
Enfermedades no transmisibles	88,37	91,24	92,43	91,99	85,35	90,47
Neoplasmas	18,58	12,12	23,45	10,65	14,95	13,64
Enfermedades cardiovasculares	20,25	30,81	18,50	31,69	21,55	29,89
Enfermedades respiratorias crónicas	3,33	7,86	3,47	7,15	3,23	8,60
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	10,56	3,79	7,14	3,04	13,11	4,57
Enfermedades digestivas	3,03	3,65	3,37	3,89	2,78	3,41
Desórdenes neurológicos	1,88	11,81	2,07	13,54	1,73	10,04
Trastornos mentales y de uso de sustancias	0,93	0,25	0,20	0,08	1,48	0,43
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	28,85	20,05	32,81	20,81	25,90	19,26
Trastornos musculoesqueléticos	0,46	0,39	0,82	0,52	0,19	0,26
Otras enfermedades no transmisibles	0,50	0,50	0,60	0,62	0,43	0,38
Lesiones	6,98	2,95	3,23	2,33	9,77	3,58
Lesiones de transporte	2,23	0,67	1,24	0,45	2,97	0,91
Lesiones involuntarias	2,33	1,89	1,28	1,76	3,12	2,02
Autolesiones y violencia interpersonal	2,41	0,38	0,70	0,13	3,67	0,64
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 27. Nicaragua. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	3,98	4,29	3,76	3,98	4,14	4,63
VIH / SIDA y tuberculosis	0,97	0,41	0,77	0,26	1,12	0,57
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	2,57	3,26	2,53	3,08	2,60	3,45
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,07	0,03	0,07	0,04	0,06	0,02
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,25	0,54	0,24	0,55	0,25	0,53
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,12	0,05	0,14	0,05	0,11	0,06
Enfermedades no transmisibles	89,29	92,75	93,58	93,48	86,22	91,96
Neoplasmas	19,98	11,83	26,58	10,59	15,26	13,14
Enfermedades cardiovasculares	24,78	41,11	25,55	42,82	24,23	39,29
Enfermedades respiratorias crónicas	2,80	6,63	3,05	5,81	2,62	7,51
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	8,69	2,72	5,66	2,15	10,85	3,34
Enfermedades digestivas	2,09	2,28	2,23	2,39	1,99	2,16
Desórdenes neurológicos	1,89	12,46	2,25	14,28	1,62	10,52
Trastornos mentales y de uso de sustancias	2,16	0,37	0,26	0,07	3,52	0,70
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	26,36	14,89	27,16	14,79	25,79	14,99
Trastornos musculoesqueléticos	0,31	0,26	0,56	0,35	0,13	0,17
Otras enfermedades no transmisibles	0,24	0,20	0,27	0,24	0,22	0,16
Lesiones	6,72	2,96	2,66	2,54	9,64	3,41
Lesiones de transporte	2,38	0,74	0,92	0,44	3,42	1,05
Lesiones involuntarias	2,08	1,93	1,01	1,99	2,84	1,87
Autolesiones y violencia interpersonal	2,27	0,29	0,73	0,11	3,37	0,49
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 28. Panamá. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	7,97	6,19	6,79	5,81	8,70	6,53
VIH / SIDA y tuberculosis	3,62	0,61	2,59	0,40	4,26	0,80
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	3,80	4,87	3,62	4,64	3,91	5,07
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,07	0,03	0,04	0,02	0,10	0,04
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,31	0,63	0,36	0,69	0,28	0,57
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,15	0,06	0,17	0,06	0,15	0,06
Enfermedades no transmisibles	83,95	91,37	89,97	92,47	80,28	90,39
Neoplasmas	27,42	17,36	34,32	14,74	23,22	19,69
Enfermedades cardiovasculares	27,15	36,38	23,28	36,58	29,49	36,21
Enfermedades respiratorias crónicas	3,04	5,91	3,17	5,76	2,95	6,04
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	4,64	1,94	3,64	1,80	5,25	2,07
Enfermedades digestivas	2,27	2,44	2,27	2,53	2,26	2,35
Desórdenes neurológicos	2,38	12,90	2,90	15,09	2,06	10,95
Trastornos mentales y de uso de sustancias	0,37	0,10	0,10	0,06	0,54	0,13
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	15,95	13,53	19,13	14,91	14,01	12,29
Trastornos musculoesqueléticos	0,31	0,15	0,65	0,22	0,11	0,07
Otras enfermedades no transmisibles	0,43	0,67	0,50	0,77	0,38	0,59
Lesiones	8,08	2,44	3,24	1,71	11,02	3,08
Lesiones de transporte	3,03	0,63	1,51	0,37	3,95	0,87
Lesiones involuntarias	2,40	1,44	0,93	1,21	3,29	1,64
Autolesiones y violencia interpersonal	2,65	0,37	0,79	0,13	3,79	0,57
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 29. Paraguay. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	5,28	6,75	4,42	6,68	5,83	6,82
VIH / SIDA y tuberculosis	1,11	0,41	0,55	0,23	1,47	0,58
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	3,21	4,91	3,00	4,93	3,34	4,89
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,45	0,32	0,46	0,32	0,44	0,32
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,36	1,05	0,29	1,13	0,41	0,96
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,15	0,07	0,12	0,07	0,18	0,07
Enfermedades no transmisibles	87,41	90,20	91,87	90,45	84,51	89,96
Neoplasmas	24,44	15,23	28,74	13,04	21,64	17,39
Enfermedades cardiovasculares	33,04	40,48	30,87	41,23	34,44	39,75
Enfermedades respiratorias crónicas	3,00	4,94	2,25	3,48	3,49	6,38
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	3,41	1,17	1,59	0,83	4,60	1,51
Enfermedades digestivas	2,80	3,09	3,02	3,22	2,65	2,95
Desórdenes neurológicos	1,90	10,02	2,30	11,45	1,63	8,61
Trastornos mentales y de uso de sustancias	1,09	0,21	0,23	0,07	1,65	0,34
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	17,13	14,67	21,98	16,65	13,97	12,72
Trastornos musculoesqueléticos	0,39	0,18	0,63	0,23	0,23	0,12
Otras enfermedades no transmisibles	0,23	0,22	0,25	0,26	0,21	0,19
Lesiones	7,32	3,04	3,71	2,87	9,66	3,21
Lesiones de transporte	3,20	0,78	1,65	0,52	4,21	1,04
Lesiones involuntarias	2,06	1,94	1,23	2,20	2,61	1,69
Autolesiones y violencia interpersonal	2,05	0,32	0,84	0,15	2,84	0,48
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 30. Perú. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	13,15	19,21	12,32	19,12	13,81	19,31
VIH / SIDA y tuberculosis	1,74	0,68	1,18	0,49	2,17	0,90
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	10,55	17,12	10,25	17,06	10,78	17,18
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,07	0,03	0,07	0,03	0,08	0,03
Trastornos maternos	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,56	1,23	0,60	1,39	0,53	1,06
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,23	0,15	0,21	0,15	0,24	0,15
Enfermedades no transmisibles	78,18	77,75	82,95	78,43	74,44	77,02
Neoplasmas	30,62	18,62	38,79	17,23	24,24	20,10
Enfermedades cardiovasculares	18,39	24,96	16,50	26,31	19,86	23,50
Enfermedades respiratorias crónicas	4,17	7,80	4,01	7,28	4,29	8,37
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	7,75	3,07	5,62	2,68	9,42	3,49
Enfermedades digestivas	3,37	3,10	3,19	3,11	3,52	3,08
Desórdenes neurológicos	1,83	9,36	2,01	10,55	1,69	8,08
Trastornos mentales y de uso de sustancias	0,73	0,23	0,33	0,16	1,04	0,31
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	10,80	10,22	11,84	10,67	9,99	9,74
Trastornos musculoesqueléticos	0,17	0,11	0,28	0,15	0,09	0,08
Otras enfermedades no transmisibles	0,34	0,27	0,38	0,28	0,31	0,26
Lesiones	8,67	3,04	4,73	2,45	11,75	3,67
Lesiones de transporte	3,67	1,00	2,11	0,74	4,89	1,29
Lesiones involuntarias	3,78	1,82	2,04	1,58	5,14	2,09
Autolesiones y violencia interpersonal	1,21	0,21	0,58	0,14	1,71	0,29
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 31. Portugal. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	4,33	7,03	3,62	6,31	4,66	7,89
VIH / SIDA y tuberculosis	1,04	0,18	0,63	0,12	1,24	0,25
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	3,05	6,63	2,73	5,94	3,20	7,44
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,04	0,17	0,04	0,19	0,04	0,14
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,19	0,05	0,22	0,05	0,17	0,06
Enfermedades no transmisibles	89,37	90,54	91,80	91,63	88,20	89,24
Neoplasmas	47,73	20,31	51,08	15,94	46,12	25,48
Enfermedades cardiovasculares	21,79	37,05	20,24	39,70	22,53	33,92
Enfermedades respiratorias crónicas	3,14	6,75	2,72	6,04	3,34	7,59
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	5,38	0,96	3,53	0,65	6,27	1,32
Enfermedades digestivas	1,95	2,59	2,03	2,66	1,91	2,52
Desórdenes neurológicos	2,78	13,15	4,08	16,23	2,16	9,49
Trastornos mentales y de uso de sustancias	0,60	0,17	0,31	0,13	0,74	0,21
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	5,48	9,17	6,90	9,78	4,80	8,44
Trastornos musculoesqueléticos	0,26	0,15	0,55	0,20	0,13	0,09
Otras enfermedades no transmisibles	0,25	0,25	0,36	0,30	0,20	0,18
Lesiones	6,30	2,43	4,58	2,06	7,13	2,87
Lesiones de transporte	1,75	0,41	1,19	0,29	2,02	0,56
Lesiones involuntarias	1,88	1,46	1,54	1,48	2,05	1,43
Autolesiones y violencia interpersonal	2,67	0,56	1,85	0,29	3,06	0,87
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 32. Principado de Andorra. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	3,01	6,37	3,10	6,77	2,98	5,94
VIH / SIDA y tuberculosis	0,53	0,07	0,38	0,05	0,61	0,10
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	2,23	6,21	2,44	6,62	2,14	5,76
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,01	0,03	0,02	0,04	0,01	0,02
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,22	0,06	0,25	0,06	0,21	0,06
Enfermedades no transmisibles	92,30	91,11	93,68	90,74	91,68	91,51
Neoplasmas	48,30	23,48	58,29	18,85	43,80	28,43
Enfermedades cardiovasculares	25,51	34,91	15,51	34,26	30,01	35,62
Enfermedades respiratorias crónicas	4,71	6,16	4,48	4,44	4,81	8,00
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	3,67	0,58	2,94	0,48	3,99	0,67
Enfermedades digestivas	2,20	2,81	2,50	3,17	2,06	2,43
Desórdenes neurológicos	3,84	18,33	5,34	24,24	3,17	12,00
Trastornos mentales y de uso de sustancias	0,74	0,06	0,58	0,04	0,82	0,08
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	2,49	3,91	2,70	4,08	2,40	3,73
Trastornos musculoesqueléticos	0,38	0,50	0,71	0,71	0,22	0,28
Otras enfermedades no transmisibles	0,47	0,37	0,61	0,47	0,40	0,27
Lesiones	4,69	2,52	3,23	2,49	5,34	2,55
Lesiones de transporte	0,79	0,21	0,49	0,15	0,93	0,26
Lesiones involuntarias	1,73	2,08	1,41	2,22	1,88	1,93
Autolesiones y violencia interpersonal	2,16	0,23	1,32	0,11	2,54	0,35
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 33. República Dominicana. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	12,06	5,74	10,36	5,68	13,16	5,79
VIH / SIDA y tuberculosis	8,58	0,82	6,89	0,50	9,67	1,11
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	2,79	4,34	2,82	4,59	2,77	4,10
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,16	0,07	0,17	0,07	0,16	0,07
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,16	0,33	0,15	0,35	0,16	0,32
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,37	0,19	0,32	0,18	0,41	0,19
Enfermedades no transmisibles	80,01	91,43	86,06	92,17	76,29	90,75
Neoplasmas	20,45	15,97	25,63	12,29	17,30	19,32
Enfermedades cardiovasculares	39,10	50,71	38,78	53,95	39,27	47,76
Enfermedades respiratorias crónicas	2,33	4,08	2,45	3,56	2,25	4,55
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	4,41	2,37	3,93	2,16	4,69	2,56
Enfermedades digestivas	1,48	1,53	1,42	1,55	1,52	1,52
Desórdenes neurológicos	1,49	8,10	1,71	8,81	1,35	7,45
Trastornos mentales y de uso de sustancias	0,49	0,16	0,15	0,11	0,69	0,21
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	9,97	8,30	11,58	9,46	9,00	7,24
Trastornos musculoesqueléticos	0,13	0,11	0,23	0,16	0,06	0,06
Otras enfermedades no transmisibles	0,16	0,10	0,18	0,12	0,15	0,08
Lesiones	7,93	2,83	3,59	2,15	10,55	3,46
Lesiones de transporte	3,32	0,91	1,41	0,54	4,48	1,25
Lesiones involuntarias	1,83	1,40	1,23	1,33	2,19	1,47
Autolesiones y violencia interpersonal	2,77	0,52	0,95	0,28	3,87	0,74
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 34. Uruguay. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	4,64	7,02	4,59	7,40	4,67	6,55
VIH / SIDA y tuberculosis	1,00	0,16	0,64	0,10	1,20	0,24
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	3,31	6,29	3,62	6,66	3,15	5,83
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,01	0,00	0,02	0,00	0,01	0,00
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,19	0,49	0,19	0,57	0,18	0,40
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,13	0,07	0,13	0,07	0,12	0,07
Enfermedades no transmisibles	87,80	89,55	90,18	89,44	86,50	89,67
Neoplasmas	42,46	23,94	46,95	20,04	40,00	28,84
Enfermedades cardiovasculares	25,20	35,45	22,88	38,15	26,47	32,07
Enfermedades respiratorias crónicas	5,46	7,11	4,66	5,32	5,90	9,36
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	3,02	1,27	1,61	1,06	3,79	1,53
Enfermedades digestivas	2,62	3,31	3,14	3,57	2,34	2,97
Desórdenes neurológicos	1,71	9,56	2,26	12,05	1,41	6,44
Trastornos mentales y de uso de sustancias	0,75	0,21	0,25	0,11	1,02	0,34
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	5,75	7,65	7,03	7,82	5,04	7,44
Trastornos musculoesqueléticos	0,29	0,15	0,61	0,21	0,11	0,08
Otras enfermedades no transmisibles	0,55	0,89	0,77	1,12	0,43	0,59
Lesiones	7,55	3,43	5,23	3,15	8,83	3,78
Lesiones de transporte	2,13	0,77	1,37	0,68	2,55	0,88
Lesiones involuntarias	2,45	2,03	1,90	2,22	2,75	1,80
Autolesiones y violencia interpersonal	2,97	0,63	1,96	0,25	3,53	1,10
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 35. Venezuela. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	5,28	5,56	4,53	5,44	5,73	5,69
VIH / SIDA y tuberculosis	1,64	0,44	1,05	0,30	2,01	0,59
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	2,53	3,87	2,48	4,01	2,56	3,74
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,70	0,72	0,62	0,60	0,75	0,84
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	0,17	0,42	0,15	0,42	0,19	0,41
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,23	0,11	0,24	0,11	0,22	0,11
Enfermedades no transmisibles	86,60	91,81	91,88	92,50	83,43	91,11
Neoplasmas	26,30	16,78	34,16	14,61	21,58	18,95
Enfermedades cardiovasculares	32,92	42,46	28,90	42,75	35,33	42,17
Enfermedades respiratorias crónicas	2,99	5,44	3,25	5,28	2,82	5,61
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	4,60	1,50	2,06	1,00	6,13	2,00
Enfermedades digestivas	2,01	2,42	2,25	2,64	1,88	2,19
Desórdenes neurológicos	1,82	9,90	2,33	12,09	1,52	7,71
Trastornos mentales y de uso de sustancias	0,17	0,06	0,11	0,06	0,21	0,06
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	15,23	12,97	17,79	13,68	13,70	12,26
Trastornos musculoesqueléticos	0,40	0,24	0,85	0,35	0,13	0,12
Otras enfermedades no transmisibles	0,15	0,05	0,19	0,06	0,12	0,04
Lesiones	8,13	2,63	3,59	2,05	10,84	3,20
Lesiones de transporte	2,95	0,69	1,52	0,42	3,81	0,97
Lesiones involuntarias	1,64	1,39	0,93	1,44	2,06	1,35
Autolesiones y violencia interpersonal	3,53	0,54	1,13	0,20	4,97	0,88
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Las consecuencias de las enfermedades se materializan no solo en los fallecimientos que causan, sino también en las situaciones de discapacidad que generan. Las enfermedades que causan más fallecimientos no son siempre las que mayor impacto tienen sobre la salud global de la población, puesto que muchas otras cuya letalidad es baja generan una gran cantidad de años vividos con discapacidad.

Según el estudio sobre la carga mundial de morbilidad, para el conjunto de los países de la Región Iberoamericana (promedio simple de los datos), el 7,8% de los años

vividos con discapacidad en el año 2016 se ha debido a enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales, el 86,2% a enfermedades no transmisibles y el 6,0% restante a lesiones ocasionadas por causas externas (tabla 36). Si se compara esta distribución con la de las causas de los fallecimientos (tabla 12), se observa que las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales y las lesiones generan una mayor proporción de fallecimientos que de años vividos con discapacidad, mientras que las enfermedades no transmisibles, por el contrario, generan una mayor proporción de años vividos con discapacidad que de fallecimientos.

Tabla 36. Región Iberoamericana (promedio simple de 22 países). Distribución de los años vividos con discapacidad, por grandes categorías de causas, sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Menos de 5 años	De 5 a 14 años	De 15 a 49 años	De 50 a 69 años	70 años y más	Todas las edades
Ambos sexos						
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	45,06	17,02	7,33	4,05	2,75	7,82
Enfermedades no transmisibles	51,69	78,59	87,28	89,06	89,45	86,20
Lesiones	3,25	4,39	5,39	6,89	7,79	5,98
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mujeres						
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	45,29	16,91	7,70	4,39	3,03	7,96
Enfermedades no transmisibles	51,54	79,25	89,04	90,78	89,92	87,72
Lesiones	3,17	3,84	3,27	4,83	7,05	4,32
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Hombres						
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	44,80	17,12	6,91	3,67	2,41	7,66
Enfermedades no transmisibles	51,88	77,93	85,20	87,08	88,86	84,41
Lesiones	3,32	4,95	7,90	9,25	8,73	7,93
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Al controlar estos datos por sexo, se observa que las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales tienen un peso global en la generación de años vividos con discapacidad muy similar en las mujeres y en los hombres (7,8 y 8,0%, respectivamente), mientras que las enfermedades no transmisibles generan proporcionalmente más años vividos con discapacidad en las mujeres que en los hombres (87,7% frente a 84,4%) y las lesiones generan proporcionalmente más años vividos con discapacidad en los hombres que en las mujeres (4,3% frente al 7,9%).

Conforme avanza la edad, disminuye rápidamente el peso de las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales como generadoras de años vividos con discapacidad, y aumenta el de las enfermedades no transmisibles. El peso de las lesiones como generadoras de años vividos con discapacidad también aumenta gradualmente con la edad.

Las principales causas de discapacidad en las personas de 50 y más años en los países de la Región Iberoamericana se deben a trastornos musculoesqueléticos y a otras enfermedades no transmisibles (categoría que engloba, entre otras, a las enfermedades de los órganos de los sentidos, las enfermedades de la piel, las enfermedades bucales y los defectos congénitos). Estos dos grupos de causas son responsables del 45,6% de los años vividos

con discapacidad por las personas de entre 50 y 69 años (datos calculados como promedio simple de los porcentajes por causa de años vividos con discapacidad de los 22 países de la región, ver tabla 37), y del 46,5% de los años vividos con discapacidad por las personas de 70 y más años. Mientras que los trastornos musculoesqueléticos son la causa predominante de discapacidad entre los 50 y los 69 años, las otras enfermedades no transmisibles lo son en el caso de las personas con 70 y más años.

Otras enfermedades que generan una proporción importante de años vividos con discapacidad en personas de 50 y más años son los trastornos mentales y de uso de sustancias (responsables del 15,1% de los años vividos con discapacidad por las personas de entre 50 y 69 años, y del 7,5% de los años vividos con discapacidad por las personas de 70 y más años), la diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas (grupo responsable de alrededor del 11% de los años vividos con discapacidad en ambos grupos de edad), y los desórdenes neurológicos (que generan el 7,8% de los años vividos con discapacidad por las personas de entre 50 y 69 años, y el 8,4% de los años vividos con discapacidad por las personas de 70 y más años).

En las tablas 38 a 59 se recoge la distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad, en cada uno de los países de la región.



Tabla 37. Región Iberoamericana (promedio simple de 22 países). Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	4,05	2,75	4,39	3,03	3,67	2,41
VIH / SIDA y tuberculosis	0,29	0,09	0,15	0,05	0,46	0,13
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,42	1,22	1,47	1,22	1,35	1,23
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,73	0,60	0,71	0,58	0,75	0,63
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,67	0,13	0,76	0,16	0,56	0,10
Deficiencias nutricionales	0,81	0,63	1,15	0,95	0,43	0,23
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,13	0,08	0,14	0,07	0,12	0,10
Enfermedades no transmisibles	89,06	89,45	90,78	89,92	87,08	88,86
Neoplasmas	1,02	1,69	0,98	1,23	1,07	2,31
Enfermedades cardiovasculares	4,83	10,24	4,38	9,88	5,34	10,73
Enfermedades respiratorias crónicas	2,34	2,62	2,38	2,59	2,29	2,64
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,28	0,30	0,22	0,26	0,35	0,35
Enfermedades digestivas	1,33	1,07	1,36	0,88	1,30	1,31
Desórdenes neurológicos	7,84	8,44	9,39	9,21	6,06	7,40
Trastornos mentales y de uso de sustancias	15,14	7,45	15,54	7,77	14,68	7,02
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	11,13	11,15	9,93	9,67	12,51	13,11
Trastornos musculoesqueléticos	24,76	16,88	26,49	18,64	22,77	14,57
Otras enfermedades no transmisibles	20,40	29,62	20,13	29,78	20,71	29,42
Lesiones	6,89	7,79	4,83	7,05	9,25	8,73
Lesiones de transporte	1,44	1,21	0,79	0,78	2,18	1,76
Lesiones involuntarias	4,86	6,19	3,75	6,05	6,12	6,36
Autolesiones y violencia interpersonal	0,48	0,33	0,23	0,18	0,76	0,51
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,11	0,07	0,05	0,05	0,18	0,09
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 38. Argentina. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	2,55	1,27	2,75	1,28	2,31	1,26
VIH / SIDA y tuberculosis	0,28	0,05	0,19	0,04	0,40	0,08
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	0,80	0,52	0,81	0,52	0,79	0,51
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,32	0,34	0,28	0,31	0,36	0,40
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,57	0,11	0,64	0,14	0,49	0,07
Deficiencias nutricionales	0,48	0,20	0,71	0,23	0,20	0,14
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,10	0,05	0,11	0,05	0,08	0,06
Enfermedades no transmisibles	90,13	90,83	91,22	90,95	88,88	90,62
Neoplasmas	1,33	1,96	1,26	1,52	1,41	2,65
Enfermedades cardiovasculares	5,35	12,84	4,72	12,48	6,08	13,43
Enfermedades respiratorias crónicas	2,64	2,57	3,04	2,83	2,18	2,15
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,23	0,18	0,14	0,14	0,33	0,26
Enfermedades digestivas	0,76	0,71	0,60	0,56	0,94	0,95
Desórdenes neurológicos	6,49	7,28	7,70	7,91	5,11	6,27
Trastornos mentales y de uso de sustancias	15,55	7,78	17,08	8,28	13,80	6,97
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	10,58	10,98	8,70	9,48	12,73	13,38
Trastornos musculoesqueléticos	30,53	21,28	31,81	22,45	29,05	19,41
Otras enfermedades no transmisibles	16,67	25,24	16,17	25,30	17,24	25,14
Lesiones	7,32	7,90	6,03	7,77	8,81	8,12
Lesiones de transporte	1,33	1,17	0,98	0,99	1,73	1,46
Lesiones involuntarias	5,42	6,39	4,79	6,58	6,14	6,09
Autolesiones y violencia interpersonal	0,46	0,31	0,23	0,18	0,71	0,50
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,12	0,03	0,03	0,01	0,23	0,06
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 39. Bolivia. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	7,33	6,07	7,82	6,78	6,78	5,24
VIH / SIDA y tuberculosis	0,16	0,10	0,12	0,08	0,20	0,12
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,79	1,80	1,86	1,80	1,71	1,79
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	2,14	2,14	1,82	1,81	2,50	2,52
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,66	0,13	0,76	0,14	0,55	0,11
Deficiencias nutricionales	2,40	1,80	3,09	2,86	1,64	0,57
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,17	0,11	0,16	0,09	0,18	0,13
Enfermedades no transmisibles	86,18	86,90	87,93	87,54	84,27	86,15
Neoplasmas	0,77	1,37	0,92	1,21	0,60	1,56
Enfermedades cardiovasculares	3,95	7,85	3,85	7,93	4,06	7,75
Enfermedades respiratorias crónicas	1,75	2,32	1,74	2,27	1,76	2,38
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,23	0,30	0,21	0,31	0,24	0,30
Enfermedades digestivas	1,93	1,79	1,94	1,50	1,93	2,13
Desórdenes neurológicos	6,88	6,48	8,28	7,14	5,35	5,71
Trastornos mentales y de uso de sustancias	15,13	7,80	15,71	8,35	14,49	7,16
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	11,11	10,96	10,41	9,28	11,88	12,93
Trastornos musculoesqueléticos	22,94	16,20	24,00	17,83	21,77	14,29
Otras enfermedades no transmisibles	21,49	31,83	20,86	31,72	22,18	31,95
Lesiones	6,49	7,03	4,24	5,68	8,95	8,60
Lesiones de transporte	1,21	1,08	0,56	0,63	1,92	1,61
Lesiones involuntarias	4,98	5,73	3,49	4,89	6,62	6,71
Autolesiones y violencia interpersonal	0,29	0,20	0,19	0,15	0,40	0,27
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 40. Brasil. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	5,10	4,35	5,89	5,08	4,17	3,28
VIH / SIDA y tuberculosis	0,21	0,06	0,14	0,04	0,30	0,10
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,49	1,69	1,53	1,66	1,46	1,73
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	1,03	0,91	1,00	0,87	1,06	0,97
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,62	0,12	0,75	0,15	0,46	0,07
Deficiencias nutricionales	1,58	1,47	2,28	2,27	0,74	0,29
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,17	0,10	0,18	0,09	0,15	0,12
Enfermedades no transmisibles	87,60	87,00	89,50	87,42	85,36	86,38
Neoplasmas	0,92	1,45	0,83	1,01	1,03	2,09
Enfermedades cardiovasculares	4,77	9,50	3,89	8,54	5,81	10,91
Enfermedades respiratorias crónicas	1,72	1,97	1,60	1,79	1,86	2,21
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,17	0,17	0,11	0,13	0,25	0,23
Enfermedades digestivas	1,48	1,29	1,32	0,95	1,68	1,80
Desórdenes neurológicos	7,76	10,05	9,28	10,83	5,95	8,90
Trastornos mentales y de uso de sustancias	17,19	8,16	17,88	8,69	16,36	7,37
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	7,61	8,58	7,32	7,83	7,95	9,67
Trastornos musculoesqueléticos	25,39	16,76	26,77	18,47	23,75	14,26
Otras enfermedades no transmisibles	20,59	29,08	20,50	29,17	20,71	28,95
Lesiones	7,30	8,65	4,62	7,50	10,48	10,33
Lesiones de transporte	1,25	0,94	0,55	0,56	2,07	1,50
Lesiones involuntarias	5,67	7,46	3,89	6,80	7,79	8,42
Autolesiones y violencia interpersonal	0,37	0,25	0,17	0,14	0,61	0,40
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 41. Chile. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	2,34	1,25	2,56	1,23	2,09	1,28
VIH / SIDA y tuberculosis	0,12	0,05	0,05	0,03	0,21	0,08
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	0,76	0,49	0,77	0,50	0,75	0,47
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,35	0,38	0,29	0,32	0,41	0,47
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,56	0,11	0,62	0,13	0,48	0,07
Deficiencias nutricionales	0,45	0,18	0,71	0,21	0,16	0,13
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,10	0,05	0,11	0,05	0,08	0,06
Enfermedades no transmisibles	91,13	90,73	92,43	91,01	89,64	90,33
Neoplasmas	1,03	1,92	0,98	1,40	1,09	2,68
Enfermedades cardiovasculares	5,05	12,52	4,49	12,07	5,70	13,20
Enfermedades respiratorias crónicas	2,48	2,47	2,85	2,72	2,04	2,08
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,31	0,24	0,19	0,18	0,45	0,33
Enfermedades digestivas	0,85	0,87	0,68	0,66	1,04	1,19
Desórdenes neurológicos	6,75	7,33	7,97	7,88	5,35	6,52
Trastornos mentales y de uso de sustancias	16,14	7,62	17,58	8,18	14,48	6,78
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	9,38	10,41	7,61	8,92	11,43	12,61
Trastornos musculoesqueléticos	31,86	21,48	33,37	23,28	30,11	18,82
Otras enfermedades no transmisibles	17,28	25,88	16,70	25,72	17,95	26,13
Lesiones	6,53	8,01	5,02	7,76	8,27	8,39
Lesiones de transporte	1,11	1,00	0,73	0,74	1,55	1,39
Lesiones involuntarias	4,96	6,71	4,06	6,84	6,00	6,51
Autolesiones y violencia interpersonal	0,42	0,28	0,20	0,15	0,66	0,45
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,04	0,03	0,03	0,02	0,05	0,03
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 42. Colombia. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	3,81	2,25	4,03	2,34	3,54	2,14
VIH / SIDA y tuberculosis	0,13	0,07	0,06	0,04	0,20	0,10
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,58	1,09	1,66	1,11	1,48	1,07
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,84	0,56	0,87	0,58	0,81	0,53
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,64	0,15	0,72	0,17	0,55	0,11
Deficiencias nutricionales	0,47	0,31	0,55	0,37	0,38	0,22
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,14	0,09	0,16	0,08	0,12	0,10
Enfermedades no transmisibles	89,92	91,08	91,83	91,96	87,66	89,92
Neoplasmas	0,84	1,62	0,85	1,23	0,84	2,14
Enfermedades cardiovasculares	4,69	8,82	4,51	8,63	4,90	9,07
Enfermedades respiratorias crónicas	2,77	3,41	2,71	3,31	2,85	3,55
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,23	0,35	0,21	0,33	0,25	0,38
Enfermedades digestivas	1,78	1,19	2,16	1,08	1,32	1,35
Desórdenes neurológicos	9,00	9,12	10,76	9,96	6,93	8,00
Trastornos mentales y de uso de sustancias	13,09	6,33	12,31	6,13	14,01	6,59
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	10,55	10,94	9,39	9,39	11,91	13,00
Trastornos musculoesqueléticos	23,84	16,29	25,87	18,35	21,45	13,56
Otras enfermedades no transmisibles	23,14	33,01	23,06	33,56	23,22	32,28
Lesiones	6,28	6,66	4,14	5,70	8,80	7,94
Lesiones de transporte	1,41	1,22	0,65	0,65	2,31	1,96
Lesiones involuntarias	3,95	4,85	3,12	4,74	4,93	4,99
Autolesiones y violencia interpersonal	0,82	0,52	0,32	0,25	1,41	0,89
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,10	0,07	0,05	0,05	0,15	0,10
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 43. Costa Rica. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	3,65	2,31	3,91	2,41	3,35	2,19
VIH / SIDA y tuberculosis	0,12	0,04	0,06	0,03	0,18	0,05
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,68	1,29	1,76	1,31	1,58	1,27
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,60	0,44	0,60	0,43	0,61	0,45
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,56	0,12	0,62	0,14	0,49	0,09
Deficiencias nutricionales	0,55	0,34	0,70	0,42	0,37	0,23
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,15	0,09	0,17	0,08	0,13	0,10
Enfermedades no transmisibles	90,05	90,28	92,08	90,94	87,80	89,47
Neoplasmas	0,91	1,74	0,89	1,22	0,93	2,36
Enfermedades cardiovasculares	4,72	8,96	4,41	8,64	5,07	9,35
Enfermedades respiratorias crónicas	2,69	3,21	2,71	3,12	2,67	3,32
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,37	0,40	0,33	0,38	0,42	0,42
Enfermedades digestivas	1,48	0,94	1,65	0,77	1,30	1,14
Desórdenes neurológicos	8,68	9,02	10,32	9,81	6,85	8,07
Trastornos mentales y de uso de sustancias	14,79	7,14	14,65	7,29	14,94	6,96
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	10,51	11,06	9,36	9,69	11,79	12,71
Trastornos musculoesqueléticos	23,11	15,21	25,35	17,22	20,62	12,77
Otras enfermedades no transmisibles	22,79	32,60	22,41	32,80	23,21	32,36
Lesiones	6,30	7,41	4,00	6,65	8,85	8,34
Lesiones de transporte	1,68	1,37	0,65	0,65	2,81	2,23
Lesiones involuntarias	4,12	5,71	3,13	5,83	5,21	5,57
Autolesiones y violencia interpersonal	0,50	0,33	0,22	0,17	0,82	0,52
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 44. Cuba. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	5,28	3,86	6,12	5,04	4,38	2,41
VIH / SIDA y tuberculosis	0,21	0,05	0,06	0,02	0,37	0,09
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,36	1,20	1,31	1,08	1,41	1,34
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,69	0,47	0,71	0,48	0,67	0,45
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,99	0,16	1,15	0,20	0,82	0,11
Deficiencias nutricionales	1,86	1,87	2,71	3,16	0,95	0,28
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,17	0,11	0,17	0,10	0,17	0,13
Enfermedades no transmisibles	87,99	86,93	88,92	85,92	86,99	88,18
Neoplasmas	1,51	2,23	1,43	1,50	1,60	3,13
Enfermedades cardiovasculares	4,70	10,45	4,34	10,15	5,09	10,82
Enfermedades respiratorias crónicas	2,55	2,45	2,58	2,28	2,52	2,67
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,21	0,22	0,17	0,19	0,25	0,25
Enfermedades digestivas	1,36	1,12	1,46	0,90	1,25	1,38
Desórdenes neurológicos	7,63	7,76	9,16	8,55	5,98	6,79
Trastornos mentales y de uso de sustancias	18,02	9,13	18,45	9,45	17,55	8,73
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	9,55	9,13	8,03	7,01	11,19	11,74
Trastornos musculoesqueléticos	22,50	15,16	23,49	16,68	21,44	13,27
Otras enfermedades no transmisibles	19,97	29,29	19,82	29,20	20,13	29,39
Lesiones	6,73	9,21	4,96	9,04	8,63	9,41
Lesiones de transporte	0,91	0,74	0,42	0,41	1,45	1,14
Lesiones involuntarias	5,48	8,21	4,35	8,46	6,70	7,91
Autolesiones y violencia interpersonal	0,32	0,25	0,19	0,17	0,46	0,35
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 45. Ecuador. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	3,82	2,54	4,07	2,67	3,55	2,40
VIH / SIDA y tuberculosis	0,14	0,06	0,08	0,04	0,20	0,09
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,56	1,33	1,66	1,40	1,45	1,25
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	1,12	0,79	1,12	0,80	1,13	0,79
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,68	0,13	0,77	0,16	0,57	0,10
Deficiencias nutricionales	0,19	0,13	0,29	0,19	0,08	0,06
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,13	0,09	0,15	0,08	0,12	0,11
Enfermedades no transmisibles	88,63	88,90	91,16	90,56	85,90	86,95
Neoplasmas	0,66	1,30	0,74	1,03	0,57	1,60
Enfermedades cardiovasculares	4,41	8,61	4,33	8,78	4,51	8,42
Enfermedades respiratorias crónicas	1,40	1,90	1,37	1,79	1,43	2,03
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,23	0,32	0,22	0,33	0,24	0,32
Enfermedades digestivas	1,63	1,49	1,77	1,40	1,48	1,59
Desórdenes neurológicos	7,72	7,04	9,26	7,85	6,05	6,11
Trastornos mentales y de uso de sustancias	15,62	8,06	15,41	8,15	15,84	7,96
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	10,58	10,43	10,27	9,69	10,92	11,29
Trastornos musculoesqueléticos	24,36	17,36	26,25	19,50	22,31	14,85
Otras enfermedades no transmisibles	22,03	32,39	21,54	32,04	22,55	32,79
Lesiones	7,54	8,56	4,77	6,77	10,54	10,65
Lesiones de transporte	1,53	1,46	0,70	0,85	2,42	2,17
Lesiones involuntarias	5,53	6,72	3,81	5,69	7,40	7,93
Autolesiones y violencia interpersonal	0,41	0,31	0,21	0,18	0,63	0,47
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,07	0,06	0,05	0,05	0,10	0,08
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 46. El Salvador. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	3,49	2,58	3,76	2,66	3,13	2,48
VIH / SIDA y tuberculosis	0,18	0,08	0,12	0,05	0,26	0,13
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,78	1,61	1,91	1,63	1,62	1,59
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,57	0,43	0,60	0,45	0,54	0,40
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,49	0,11	0,57	0,14	0,37	0,08
Deficiencias nutricionales	0,34	0,26	0,40	0,32	0,25	0,18
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,13	0,08	0,15	0,07	0,10	0,09
Enfermedades no transmisibles	89,66	89,36	91,65	90,06	86,96	88,46
Neoplasmas	0,66	1,04	0,73	0,88	0,56	1,25
Enfermedades cardiovasculares	4,28	8,32	4,16	8,16	4,43	8,52
Enfermedades respiratorias crónicas	2,32	2,74	2,38	2,77	2,23	2,71
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,37	0,42	0,35	0,40	0,40	0,45
Enfermedades digestivas	1,43	0,97	1,62	0,87	1,18	1,09
Desórdenes neurológicos	8,43	8,69	10,03	9,47	6,28	7,69
Trastornos mentales y de uso de sustancias	14,46	6,82	13,85	6,93	15,29	6,68
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	13,76	12,91	12,50	10,77	15,46	15,65
Trastornos musculoesqueléticos	21,37	14,61	23,38	16,49	18,65	12,19
Otras enfermedades no transmisibles	22,58	32,85	22,65	33,33	22,48	32,23
Lesiones	6,85	8,06	4,59	7,28	9,90	9,06
Lesiones de transporte	1,50	1,38	0,72	0,75	2,55	2,18
Lesiones involuntarias	3,84	5,74	3,21	6,02	4,69	5,39
Autolesiones y violencia interpersonal	0,79	0,56	0,35	0,28	1,39	0,92
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,72	0,38	0,31	0,24	1,27	0,57
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 47. España. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	2,90	1,10	2,46	1,12	3,40	1,07
VIH / SIDA y tuberculosis	0,74	0,04	0,25	0,01	1,30	0,08
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	0,96	0,55	0,93	0,54	0,99	0,58
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,08	0,07	0,08	0,07	0,09	0,08
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,71	0,14	0,70	0,16	0,71	0,12
Deficiencias nutricionales	0,34	0,25	0,43	0,31	0,23	0,16
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,07	0,04	0,07	0,04	0,07	0,05
Enfermedades no transmisibles	88,16	89,92	90,18	89,94	85,85	89,89
Neoplasmas	1,70	2,61	1,39	1,83	2,06	3,75
Enfermedades cardiovasculares	5,57	12,92	4,41	12,29	6,89	13,85
Enfermedades respiratorias crónicas	2,57	2,38	2,49	2,25	2,67	2,57
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,27	0,18	0,16	0,14	0,39	0,26
Enfermedades digestivas	0,76	0,64	0,52	0,48	1,05	0,88
Desórdenes neurológicos	8,63	11,02	10,81	12,44	6,14	8,92
Trastornos mentales y de uso de sustancias	16,63	7,83	18,15	8,49	14,89	6,85
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	8,06	9,69	6,73	8,26	9,58	11,80
Trastornos musculoesqueléticos	26,62	17,89	28,67	19,39	24,27	15,67
Otras enfermedades no transmisibles	17,35	24,76	16,84	24,37	17,92	25,33
Lesiones	8,94	8,98	7,36	8,93	10,75	9,05
Lesiones de transporte	2,11	1,64	1,88	1,57	2,38	1,74
Lesiones involuntarias	6,50	7,14	5,23	7,19	7,96	7,07
Autolesiones y violencia interpersonal	0,32	0,20	0,25	0,17	0,39	0,24
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 48. Guatemala. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	4,70	3,47	4,91	3,53	4,42	3,40
VIH / SIDA y tuberculosis	0,20	0,08	0,12	0,04	0,30	0,12
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,68	1,51	1,78	1,50	1,57	1,52
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	1,73	1,34	1,78	1,36	1,66	1,32
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,46	0,11	0,54	0,12	0,36	0,09
Deficiencias nutricionales	0,49	0,35	0,54	0,43	0,42	0,25
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,14	0,08	0,15	0,07	0,12	0,09
Enfermedades no transmisibles	88,81	88,80	91,03	89,94	85,98	87,40
Neoplasmas	0,58	0,98	0,65	0,76	0,51	1,25
Enfermedades cardiovasculares	4,14	7,81	3,95	7,56	4,38	8,12
Enfermedades respiratorias crónicas	1,83	2,29	1,81	2,17	1,86	2,42
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,41	0,42	0,36	0,37	0,47	0,48
Enfermedades digestivas	1,92	1,21	2,33	1,04	1,40	1,41
Desórdenes neurológicos	7,74	8,24	9,20	8,90	5,90	7,43
Trastornos mentales y de uso de sustancias	14,71	7,40	14,61	7,73	14,85	7,00
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	15,42	14,20	14,17	12,46	17,01	16,34
Trastornos musculoesqueléticos	20,84	14,81	22,71	16,76	18,46	12,41
Otras enfermedades no transmisibles	21,21	31,44	21,26	32,19	21,14	30,53
Lesiones	6,49	7,73	4,05	6,53	9,60	9,21
Lesiones de transporte	1,13	1,02	0,48	0,53	1,96	1,63
Lesiones involuntarias	4,42	6,08	3,16	5,66	6,02	6,59
Autolesiones y violencia interpersonal	0,67	0,48	0,30	0,25	1,14	0,77
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,27	0,14	0,12	0,08	0,47	0,22
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 49. Honduras. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	4,91	3,26	5,27	3,34	4,51	3,15
VIH / SIDA y tuberculosis	0,24	0,12	0,18	0,09	0,32	0,17
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,81	1,59	1,91	1,61	1,70	1,56
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	1,46	0,98	1,49	1,01	1,43	0,95
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,51	0,09	0,55	0,10	0,48	0,08
Deficiencias nutricionales	0,72	0,38	0,98	0,46	0,45	0,28
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,15	0,09	0,16	0,08	0,14	0,11
Enfermedades no transmisibles	88,95	88,87	90,54	89,23	87,20	88,44
Neoplasmas	0,62	1,01	0,69	0,83	0,53	1,23
Enfermedades cardiovasculares	4,35	8,24	3,85	7,51	4,90	9,13
Enfermedades respiratorias crónicas	2,56	3,05	2,75	3,21	2,35	2,84
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,38	0,45	0,33	0,42	0,43	0,49
Enfermedades digestivas	1,95	1,46	2,32	1,33	1,54	1,62
Desórdenes neurológicos	8,35	8,82	9,95	9,47	6,59	8,03
Trastornos mentales y de uso de sustancias	14,14	7,13	13,73	7,23	14,59	7,02
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	12,97	12,83	12,40	11,60	13,60	14,31
Trastornos musculoesqueléticos	21,94	14,64	23,33	16,27	20,41	12,65
Otras enfermedades no transmisibles	21,70	31,24	21,19	31,36	22,26	31,10
Lesiones	6,14	7,87	4,19	7,43	8,29	8,41
Lesiones de transporte	1,02	0,91	0,47	0,48	1,64	1,44
Lesiones involuntarias	4,17	6,24	3,26	6,52	5,19	5,91
Autolesiones y violencia interpersonal	0,69	0,49	0,31	0,26	1,10	0,78
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,25	0,22	0,16	0,17	0,36	0,28
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 50. México. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	2,70	1,85	2,95	1,96	2,42	1,73
VIH / SIDA y tuberculosis	0,11	0,04	0,06	0,02	0,17	0,06
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	0,93	0,70	0,98	0,72	0,88	0,68
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,46	0,58	0,47	0,60	0,45	0,57
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,52	0,10	0,59	0,11	0,44	0,08
Deficiencias nutricionales	0,55	0,35	0,70	0,43	0,38	0,25
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,13	0,08	0,14	0,07	0,11	0,09
Enfermedades no transmisibles	92,00	90,99	93,42	91,14	90,43	90,80
Neoplasmas	0,88	1,33	0,92	0,96	0,84	1,77
Enfermedades cardiovasculares	4,13	8,21	3,97	8,22	4,30	8,20
Enfermedades respiratorias crónicas	2,04	2,67	1,96	2,50	2,14	2,86
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,38	0,44	0,33	0,38	0,44	0,52
Enfermedades digestivas	1,54	1,20	1,78	1,01	1,27	1,44
Desórdenes neurológicos	8,04	9,07	9,72	9,95	6,19	8,00
Trastornos mentales y de uso de sustancias	13,05	6,43	13,04	6,48	13,06	6,36
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	20,70	17,85	18,34	15,79	23,31	20,35
Trastornos musculoesqueléticos	20,97	14,04	23,26	15,80	18,44	11,90
Otras enfermedades no transmisibles	20,26	29,75	20,10	30,04	20,45	29,39
Lesiones	5,30	7,16	3,62	6,91	7,14	7,47
Lesiones de transporte	1,23	1,02	0,55	0,54	1,98	1,59
Lesiones involuntarias	3,66	5,86	2,89	6,21	4,50	5,43
Autolesiones y violencia interpersonal	0,39	0,28	0,17	0,14	0,63	0,44
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,02	0,02	0,01	0,01	0,02	0,02
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 51. Nicaragua. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	3,41	2,24	3,81	2,31	2,91	2,14
VIH / SIDA y tuberculosis	0,10	0,06	0,07	0,05	0,13	0,08
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,50	1,24	1,58	1,23	1,39	1,24
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,49	0,40	0,49	0,40	0,50	0,41
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,56	0,12	0,65	0,15	0,46	0,09
Deficiencias nutricionales	0,62	0,33	0,87	0,41	0,30	0,22
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,14	0,08	0,15	0,07	0,11	0,10
Enfermedades no transmisibles	90,47	90,56	92,12	91,10	88,39	89,85
Neoplasmas	0,51	0,84	0,55	0,64	0,47	1,11
Enfermedades cardiovasculares	4,72	9,07	4,56	8,89	4,93	9,30
Enfermedades respiratorias crónicas	2,07	2,55	2,06	2,44	2,08	2,68
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,42	0,46	0,35	0,41	0,51	0,54
Enfermedades digestivas	1,47	1,01	1,50	0,81	1,42	1,28
Desórdenes neurológicos	8,60	9,13	10,20	9,89	6,60	8,13
Trastornos mentales y de uso de sustancias	14,47	6,76	14,06	6,79	14,98	6,73
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	12,84	12,25	11,75	10,79	14,20	14,17
Trastornos musculoesqueléticos	22,36	14,96	24,24	16,66	20,00	12,73
Otras enfermedades no transmisibles	23,00	33,52	22,85	33,77	23,20	33,18
Lesiones	6,12	7,21	4,07	6,59	8,70	8,01
Lesiones de transporte	1,14	0,98	0,44	0,44	2,02	1,68
Lesiones involuntarias	3,90	5,58	3,17	5,76	4,82	5,34
Autolesiones y violencia interpersonal	0,48	0,32	0,22	0,17	0,80	0,52
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,60	0,32	0,24	0,21	1,05	0,47
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 52. Panamá. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	3,93	2,54	4,41	2,78	3,40	2,27
VIH / SIDA y tuberculosis	0,35	0,11	0,20	0,06	0,51	0,15
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,65	1,37	1,79	1,39	1,50	1,35
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,43	0,35	0,41	0,34	0,44	0,36
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,53	0,12	0,58	0,15	0,46	0,09
Deficiencias nutricionales	0,84	0,52	1,26	0,77	0,37	0,22
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,14	0,08	0,16	0,07	0,11	0,10
Enfermedades no transmisibles	89,32	90,44	91,46	91,46	86,99	89,27
Neoplasmas	1,10	1,88	1,01	1,22	1,20	2,63
Enfermedades cardiovasculares	4,58	9,10	4,40	8,91	4,78	9,32
Enfermedades respiratorias crónicas	2,53	2,96	2,56	2,94	2,50	3,00
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,30	0,37	0,27	0,34	0,34	0,39
Enfermedades digestivas	1,19	0,90	1,26	0,76	1,13	1,05
Desórdenes neurológicos	8,43	8,72	10,10	9,54	6,62	7,78
Trastornos mentales y de uso de sustancias	13,88	6,67	14,06	6,94	13,68	6,36
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	12,99	12,55	11,57	10,97	14,53	14,36
Trastornos musculoesqueléticos	21,51	14,16	23,58	16,29	19,26	11,74
Otras enfermedades no transmisibles	22,80	33,13	22,64	33,56	22,97	32,64
Lesiones	6,76	7,01	4,13	5,75	9,61	8,45
Lesiones de transporte	1,79	1,38	0,71	0,66	2,96	2,21
Lesiones involuntarias	4,29	5,22	3,18	4,91	5,50	5,57
Autolesiones y violencia interpersonal	0,65	0,40	0,23	0,18	1,11	0,66
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,02	0,01	0,01	0,01	0,04	0,02
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 53. Paraguay. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	5,19	4,44	6,17	5,11	4,16	3,64
VIH / SIDA y tuberculosis	0,12	0,06	0,06	0,04	0,18	0,09
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	2,14	2,43	2,19	2,31	2,09	2,57
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,47	0,42	0,43	0,38	0,51	0,46
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,64	0,13	0,76	0,16	0,51	0,09
Deficiencias nutricionales	1,65	1,30	2,53	2,13	0,72	0,31
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,16	0,10	0,17	0,08	0,14	0,12
Enfermedades no transmisibles	88,16	88,32	89,76	88,97	86,48	87,55
Neoplasmas	0,86	1,40	0,89	1,06	0,83	1,81
Enfermedades cardiovasculares	5,18	10,18	4,18	9,10	6,24	11,46
Enfermedades respiratorias crónicas	1,71	1,96	1,60	1,80	1,82	2,14
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,22	0,23	0,13	0,16	0,31	0,31
Enfermedades digestivas	1,47	1,33	1,21	0,97	1,74	1,76
Desórdenes neurológicos	7,37	8,87	8,86	9,59	5,79	8,00
Trastornos mentales y de uso de sustancias	15,58	7,42	16,17	7,90	14,95	6,84
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	12,02	12,05	12,06	11,67	11,99	12,51
Trastornos musculoesqueléticos	23,83	16,06	25,25	17,98	22,34	13,77
Otras enfermedades no transmisibles	19,93	28,82	19,40	28,73	20,48	28,94
Lesiones	6,65	7,24	4,07	5,92	9,36	8,81
Lesiones de transporte	1,36	1,05	0,55	0,57	2,21	1,63
Lesiones involuntarias	4,94	5,94	3,34	5,20	6,62	6,81
Autolesiones y violencia interpersonal	0,34	0,24	0,18	0,15	0,51	0,36
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 54. Perú. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	5,66	4,59	6,40	5,51	4,81	3,42
VIH / SIDA y tuberculosis	0,11	0,06	0,07	0,05	0,16	0,09
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,79	1,73	1,86	1,73	1,71	1,74
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	1,05	0,91	1,00	0,87	1,12	0,97
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	1,11	0,25	1,26	0,30	0,93	0,19
Deficiencias nutricionales	1,43	1,52	2,04	2,48	0,73	0,30
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,16	0,11	0,16	0,09	0,16	0,13
Enfermedades no transmisibles	87,82	88,39	89,21	88,68	86,23	88,02
Neoplasmas	0,70	1,31	0,78	1,04	0,61	1,65
Enfermedades cardiovasculares	4,24	8,39	4,09	8,43	4,41	8,34
Enfermedades respiratorias crónicas	1,82	2,42	1,83	2,32	1,81	2,54
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,26	0,35	0,24	0,34	0,29	0,37
Enfermedades digestivas	1,65	1,49	1,62	1,24	1,69	1,81
Desórdenes neurológicos	8,05	7,01	9,70	7,69	6,15	6,16
Trastornos mentales y de uso de sustancias	14,12	7,11	14,14	7,33	14,10	6,83
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	8,87	8,99	8,03	7,26	9,85	11,18
Trastornos musculoesqueléticos	24,60	17,20	25,64	18,67	23,40	15,34
Otras enfermedades no transmisibles	23,50	34,13	23,14	34,38	23,93	33,81
Lesiones	6,52	7,03	4,39	5,82	8,96	8,56
Lesiones de transporte	1,18	1,08	0,54	0,64	1,90	1,63
Lesiones involuntarias	5,05	5,74	3,68	5,03	6,62	6,64
Autolesiones y violencia interpersonal	0,23	0,17	0,14	0,12	0,33	0,24
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,07	0,04	0,03	0,03	0,11	0,06
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 55. Portugal. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	3,46	1,38	2,71	1,30	4,38	1,51
VIH / SIDA y tuberculosis	1,30	0,18	0,42	0,07	2,37	0,36
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	0,89	0,58	0,87	0,57	0,91	0,60
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,25	0,22	0,21	0,20	0,29	0,26
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,51	0,10	0,52	0,11	0,50	0,08
Deficiencias nutricionales	0,45	0,26	0,61	0,32	0,25	0,18
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,07	0,04	0,07	0,04	0,06	0,04
Enfermedades no transmisibles	88,83	90,52	90,94	90,82	86,26	90,06
Neoplasmas	1,47	2,26	1,20	1,59	1,80	3,30
Enfermedades cardiovasculares	5,69	13,73	4,60	12,71	7,01	15,31
Enfermedades respiratorias crónicas	3,17	2,97	3,38	3,30	2,91	2,44
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,28	0,17	0,15	0,11	0,44	0,27
Enfermedades digestivas	0,61	0,57	0,34	0,44	0,93	0,77
Desórdenes neurológicos	7,59	9,20	9,05	10,03	5,82	7,90
Trastornos mentales y de uso de sustancias	16,80	8,86	18,10	9,54	15,22	7,79
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	8,30	9,93	6,77	8,34	10,16	12,41
Trastornos musculoesqueléticos	28,06	19,44	30,78	21,41	24,74	16,35
Otras enfermedades no transmisibles	16,87	23,42	16,57	23,35	17,23	23,53
Lesiones	7,71	8,09	6,35	7,88	9,36	8,43
Lesiones de transporte	1,96	1,65	1,62	1,50	2,37	1,89
Lesiones involuntarias	5,42	6,22	4,47	6,20	6,57	6,26
Autolesiones y violencia interpersonal	0,33	0,22	0,26	0,18	0,41	0,28
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 56. Principado de Andorra. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	2,08	1,09	2,04	1,13	2,13	1,02
VIH / SIDA y tuberculosis	0,15	0,06	0,06	0,03	0,26	0,10
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	0,83	0,56	0,81	0,55	0,86	0,57
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,72	0,15	0,72	0,18	0,71	0,12
Deficiencias nutricionales	0,31	0,27	0,38	0,33	0,23	0,18
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,07	0,04	0,06	0,03	0,07	0,04
Enfermedades no transmisibles	89,81	89,77	91,34	89,74	88,08	89,82
Neoplasmas	1,93	3,04	1,66	2,16	2,24	4,31
Enfermedades cardiovasculares	6,33	15,29	5,25	14,45	7,56	16,50
Enfermedades respiratorias crónicas	3,24	3,22	2,99	2,94	3,51	3,62
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,24	0,15	0,15	0,11	0,33	0,20
Enfermedades digestivas	0,78	0,68	0,61	0,56	0,98	0,85
Desórdenes neurológicos	7,32	9,16	8,75	10,26	5,69	7,59
Trastornos mentales y de uso de sustancias	14,42	7,09	15,46	7,62	13,23	6,33
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	6,30	7,56	5,11	6,26	7,66	9,43
Trastornos musculoesqueléticos	32,97	21,92	35,42	23,68	30,19	19,39
Otras enfermedades no transmisibles	16,28	21,67	15,92	21,71	16,70	21,60
Lesiones	8,10	9,14	6,62	9,12	9,79	9,17
Lesiones de transporte	1,82	1,46	1,63	1,39	2,04	1,55
Lesiones involuntarias	5,96	7,47	4,75	7,56	7,33	7,35
Autolesiones y violencia interpersonal	0,32	0,21	0,24	0,17	0,42	0,27
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 57. República Dominicana. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	5,90	3,84	7,01	4,74	4,71	2,83
VIH / SIDA y tuberculosis	1,04	0,33	0,70	0,19	1,41	0,49
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,56	1,54	1,59	1,46	1,53	1,63
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,34	0,25	0,34	0,26	0,33	0,24
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	1,57	0,29	2,04	0,39	1,06	0,17
Deficiencias nutricionales	1,21	1,32	2,14	2,34	0,21	0,16
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,17	0,11	0,18	0,10	0,17	0,13
Enfermedades no transmisibles	87,05	89,28	88,12	89,70	85,90	88,80
Neoplasmas	0,68	1,60	0,62	0,95	0,75	2,34
Enfermedades cardiovasculares	5,26	11,16	4,99	10,90	5,55	11,45
Enfermedades respiratorias crónicas	1,99	2,22	2,08	2,17	1,90	2,28
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,24	0,33	0,21	0,30	0,27	0,38
Enfermedades digestivas	1,30	0,97	1,34	0,84	1,25	1,12
Desórdenes neurológicos	7,68	7,40	9,25	7,81	5,99	6,93
Trastornos mentales y de uso de sustancias	15,77	8,07	16,06	8,41	15,46	7,68
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	10,00	9,72	8,76	8,22	11,34	11,42
Trastornos musculoesqueléticos	23,50	17,08	24,10	19,19	22,85	14,66
Otras enfermedades no transmisibles	20,63	30,74	20,71	30,92	20,54	30,54
Lesiones	7,05	6,88	4,87	5,57	9,39	8,37
Lesiones de transporte	1,65	1,42	0,72	0,76	2,65	2,18
Lesiones involuntarias	4,94	5,10	3,92	4,60	6,04	5,67
Autolesiones y violencia interpersonal	0,44	0,34	0,22	0,19	0,69	0,51
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 58. Uruguay. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	2,31	1,09	2,62	1,09	1,96	1,08
VIH / SIDA y tuberculosis	0,26	0,09	0,15	0,06	0,38	0,14
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	0,73	0,46	0,74	0,46	0,73	0,46
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	0,14	0,18	0,12	0,16	0,15	0,21
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,53	0,09	0,62	0,11	0,43	0,05
Deficiencias nutricionales	0,56	0,22	0,86	0,25	0,20	0,16
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,10	0,05	0,12	0,04	0,08	0,06
Enfermedades no transmisibles	90,29	90,59	91,58	90,85	88,77	90,13
Neoplasmas	1,57	2,35	1,36	1,69	1,81	3,50
Enfermedades cardiovasculares	5,76	13,97	5,15	13,83	6,48	14,23
Enfermedades respiratorias crónicas	3,06	2,87	3,41	3,08	2,65	2,50
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,19	0,17	0,11	0,13	0,29	0,25
Enfermedades digestivas	0,79	0,80	0,59	0,64	1,03	1,09
Desórdenes neurológicos	6,75	7,61	7,97	8,22	5,33	6,55
Trastornos mentales y de uso de sustancias	15,55	7,35	17,26	7,76	13,55	6,63
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	9,03	9,60	7,25	8,33	11,11	11,82
Trastornos musculoesqueléticos	30,25	20,05	31,55	21,09	28,73	18,23
Otras enfermedades no transmisibles	17,33	25,82	16,94	26,10	17,79	25,34
Lesiones	7,40	8,33	5,80	8,06	9,27	8,79
Lesiones de transporte	1,44	1,26	1,02	1,05	1,92	1,62
Lesiones involuntarias	5,50	6,76	4,53	6,82	6,62	6,68
Autolesiones y violencia interpersonal	0,46	0,30	0,25	0,19	0,71	0,49
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 59. Venezuela. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016.

	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	4,60	3,22	4,88	3,29	4,30	3,12
VIH / SIDA y tuberculosis	0,21	0,08	0,13	0,05	0,29	0,11
Diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes	1,87	1,64	2,07	1,70	1,65	1,55
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	1,46	1,02	1,42	0,99	1,51	1,07
Trastornos maternos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastornos neonatales	0,54	0,12	0,64	0,14	0,43	0,08
Deficiencias nutricionales	0,37	0,27	0,44	0,32	0,29	0,20
Otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales	0,14	0,09	0,16	0,08	0,12	0,10
Enfermedades no transmisibles	88,39	89,47	90,82	90,21	85,71	88,47
Neoplasmas	1,22	1,85	1,16	1,23	1,29	2,70
Enfermedades cardiovasculares	4,29	9,28	4,15	9,17	4,45	9,43
Enfermedades respiratorias crónicas	2,51	3,04	2,47	2,94	2,57	3,17
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	0,28	0,31	0,21	0,26	0,36	0,37
Enfermedades digestivas	1,16	0,82	1,24	0,65	1,07	1,06
Desórdenes neurológicos	8,54	8,57	10,19	9,45	6,72	7,40
Trastornos mentales y de uso de sustancias	13,96	7,02	14,19	7,19	13,70	6,79
Diabetes, enfermedades urogenitales, de la sangre y endocrinas	13,66	12,68	11,83	10,74	15,68	15,29
Trastornos musculoesqueléticos	21,40	14,79	23,91	16,71	18,62	12,20
Otras enfermedades no transmisibles	21,37	31,10	21,48	31,89	21,24	30,05
Lesiones	7,01	7,32	4,30	6,49	9,99	8,42
Lesiones de transporte	1,94	1,44	0,84	0,75	3,15	2,37
Lesiones involuntarias	4,16	5,31	3,14	5,47	5,30	5,08
Autolesiones y violencia interpersonal	0,83	0,50	0,28	0,22	1,44	0,88
Fuerzas de la naturaleza, conflicto y terrorismo, ejecuciones y conflicto político	0,07	0,07	0,04	0,05	0,11	0,08
Todas las causas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

2.2. Incidencia, prevalencia y carga de morbilidad de las enfermedades crónicas, neurodegenerativas y otras enfermedades asociadas al envejecimiento

En este apartado se ofrecen datos acerca de una serie de enfermedades y lesiones asociadas al envejecimiento o que tienen una alta prevalencia en la población adulta mayor. Los datos que se presentan han sido extraídos del estudio sobre la carga mundial de morbilidad (Global Burden of Disease Study, GBD), y están referidos al año 2016. Para cada una de las causas de pérdida de la salud seleccionadas (enfermedad de Alzheimer y otras demencias, desórdenes depresivos, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias crónicas y caídas) se presentan los siguientes datos, desagregados por sexo, grandes grupos de edad (entre 50 y 69 años y 70 años y más) y país:

Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad o condición de salud dada durante un período determinado (en este caso, el año 2016) en una población específica. Se expresa en casos por cada 100.000 personas. Esta medida proporciona información sobre la velocidad a la que ocurren nuevos eventos en una población definida.

Prevalencia: Es el número total de casos existentes de una enfermedad o condición de salud dada en una población específica en un período determinado (en este caso, el año 2016). Incluye a quienes ya padecían la enfermedad al principio del período y a quienes la han adquirido durante el período. Se expresa en casos por cada 100.000 personas.

Años vividos con discapacidad: Los años vividos con discapacidad se calculan multiplicando la prevalencia de una determinada condición de salud en un momento determinado (en este caso, el año 2016) por un factor de ponderación de la discapacidad que refleja la magnitud de la pérdida de salud asociada a esa condición en una escala de 0 a 1, donde 0 representa un estado de salud total y 1 representa la muerte. Se expresa como ratio por

cada 100.000 años totales vividos por los miembros de una determinada población.

Fallecimientos: Es el número de fallecimientos producidos durante un determinado período de tiempo (en este caso, el año 2016) a causa de una determinada enfermedad o condición de salud en una población específica. Se expresa como fallecimientos por cada 100.000 personas.

2.2.1. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

La demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Generalmente es de carácter crónico o progresivo, y está provocado por diversas enfermedades, entre ellas la enfermedad de Alzheimer, que es responsable de alrededor de dos de cada tres casos de demencia a nivel mundial.

Aunque la edad es el principal factor de riesgo de demencia, esta enfermedad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, ni afecta exclusivamente a personas mayores. La demencia de inicio temprano (aparición de los síntomas antes de los 65 años) representa hasta un 9% de los casos. Algunas investigaciones han revelado una relación entre la aparición de deterioro cognitivo y factores de riesgo relacionados con el modo de vida que también son comunes a otras enfermedades no transmisibles, como la inactividad física, la obesidad, las dietas malsanas, el consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol, la diabetes y la hipertensión. Otros factores de riesgo potencialmente modificables son la depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social y la inactividad cognitiva.

La OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública, pues representa una enorme carga no solo para las personas que la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. En la mayoría de los países hay una falta de concienciación y comprensión de la demencia, lo que da lugar a estigmatización y a obstáculos para acceder al diagnóstico y a la atención, además de afectar a los cuidadores, los familiares y la sociedad desde el punto de vista físico, psicológico y económico.

En mayo de 2017, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025, que recoge el compromiso de desarrollar estrategias nacionales y planes de implementación para atajar este problema de salud. La

finalidad de este plan de acción es mejorar las vidas de las personas con demencia, sus familias y las de las personas que las cuidan, así como reducir el impacto de la demencia en el mundo, que se estima que afecta a más de 47 millones de personas. Entre las áreas de acción que contempla el Plan se incluyen la reducción del riesgo de demencia, el diagnóstico, tratamiento y atención a la demencia, la investigación sobre demencia y el desarrollo de programas de apoyo para los cuidadores.

La incidencia de la demencia en personas de 50 y más años en los países de la Región Iberoamericana se refleja en la tabla 60. En personas de entre 50 y 69 años se dan, en promedio, 103 nuevos casos al año por cada 100.000 personas (con un mínimo de 65,1 en Chile y un máximo de 187,6 en Brasil), proporción que, entre las personas de 70 y más años, se eleva hasta 1.505,9 nuevos casos anuales por cada 100.00 personas (en este caso, los valores extremos son 1.009,4 en Perú y 2.307,6 en España).

Tabla 60. Incidencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Nuevos casos anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	69,2	1.150,0	69,8	1.304,2	68,5	896,8
Bolivia	86,6	1.097,7	86,6	1.146,8	86,6	1.039,8
Brasil	187,6	1.985,3	195,5	2.109,3	178,6	1.808,2
Chile	65,1	1.152,1	65,9	1.291,6	64,4	942,0
Colombia	112,2	1.523,4	112,8	1.607,0	111,5	1.411,5
Costa Rica	113,2	1.550,7	112,9	1.648,7	113,6	1.433,9
Cuba	93,9	1.303,5	98,3	1.423,0	89,3	1.160,1
Ecuador	77,8	1.026,1	78,1	1.073,7	77,4	968,9
El Salvador	116,0	1.545,8	115,5	1.598,3	116,6	1.476,2
España	108,4	2.307,6	115,1	2.755,4	101,5	1.676,8
Guatemala	118,5	1.522,1	116,4	1.582,0	121,1	1.448,4
Honduras	111,6	1.567,7	111,0	1.639,1	112,3	1.483,2
México	116,0	1.724,0	112,6	1.836,7	119,7	1.586,2
Nicaragua	108,0	1.629,7	108,1	1.724,2	107,8	1.506,7
Panamá	106,7	1.537,4	106,9	1.612,2	106,5	1.449,9
Paraguay	152,7	1.724,9	156,9	1.843,7	148,6	1.588,6
Perú	77,8	1.009,4	77,0	1.062,8	78,6	942,2
Portugal	96,2	1.915,9	99,6	2.206,5	92,3	1.478,3
P. de Andorra	93,2	2.041,0	95,5	2.455,9	90,7	1.467,4
Rep. Dominicana	83,0	1.144,7	78,8	1.132,2	87,3	1.159,1
Uruguay	69,4	1.241,5	70,1	1.412,3	68,6	942,8
Venezuela	104,0	1.429,3	104,2	1.535,2	103,8	1.286,6
Promedio simple (22 países)	103,0	1.505,9	104,0	1.636,4	102,1	1.325,2

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

En la tabla 61 se recogen datos sobre prevalencia del Alzheimer y otras demencias en personas de 50 y más años en la Región Iberoamericana. En promedio, la prevalencia en personas de entre 50 y 69 años es de 598,6 casos por cada 100.000 personas (con una horquilla de entre 385,4

en Chile a 1.011,5 en Brasil), que se eleva a 8.484 casos por cada 100.000 personas entre quienes tienen 70 o más años (con valores extremos de 5.896,1 en Perú y 12.076 en Brasil).

Tabla 61. Prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Casos por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	404,7	6.391,6	402,2	7.126,0	407,4	5.185,7
Bolivia	511,3	6.421,9	517,9	6.687,5	504,3	6.108,4
Brasil	1.011,5	12.076,0	1.063,9	12.792,2	952,2	11.053,9
Chile	385,4	6.419,7	384,7	7.060,6	386,2	5.454,0
Colombia	653,6	8.731,6	662,5	9.160,9	643,6	8.157,3
Costa Rica	659,4	8.908,7	663,4	9.410,7	655,4	8.310,2
Cuba	548,0	7.603,5	582,3	8.279,6	513,1	6.792,9
Ecuador	461,7	5.975,3	469,8	6.225,4	453,0	5.674,3
El Salvador	673,9	8.864,6	675,8	9.111,5	671,3	8.537,5
España	639,5	11.793,9	669,7	13.696,6	608,1	9.114,0
Guatemala	686,6	8.757,8	679,4	9.048,7	695,5	8.400,0
Honduras	650,0	9.018,3	651,8	9.375,5	648,2	8.595,9
México	665,3	9.788,7	654,0	10.345,6	677,4	9.107,5
Nicaragua	630,8	9.353,3	636,0	9.834,7	624,5	8.726,0
Panamá	622,3	8.807,4	629,0	9.178,6	615,4	8.372,9
Paraguay	859,0	10.199,5	890,6	10.840,7	828,2	9.463,8
Perú	466,7	5.896,1	470,5	6.171,3	462,5	5.549,8
Portugal	570,2	9.700,8	584,5	10.870,6	554,2	7.939,1
P. de Andorra	557,8	10.181,2	567,7	11.865,1	547,5	7.852,8
Rep. Dominicana	486,7	6.680,0	470,4	6.581,2	503,7	6.793,0
Uruguay	406,3	6.911,4	404,5	7.732,8	408,3	5.474,7
Venezuela	618,9	8.166,7	627,7	8.712,1	609,5	7.431,4
Promedio simple (22 países)	598,6	8.484,0	607,2	9.095,8	589,5	7.640,7

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

En la tabla 62 se recogen datos sobre los años vividos con discapacidad a causa del Alzheimer y otras demencias en personas de 50 y más años en la Región Iberoamericana. Las ponderaciones de discapacidad asociadas a las demencias que se han utilizado para estimar los años vividos con discapacidad son 0,069 para la demencia

leve, 0,377 para la demencia moderada y 0,449 para la demencia severa. En promedio, se estima que, por esta causa, los años vividos con discapacidad en personas de entre 50 y 69 años son 73,9 por cada 100.000 años vividos totales, y en personas de 70 y más años, 1.305,1 por cada 100.000.

Tabla 62. Años vividos con discapacidad como consecuencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Ratios por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	50,0	1.001,3	49,7	1.126,1	50,4	796,5
Bolivia	62,8	974,2	63,7	1.020,6	61,8	919,3
Brasil	124,1	1.814,8	130,4	1.930,7	116,9	1.649,4
Chile	47,8	1.003,3	47,7	1.110,7	47,9	841,3
Colombia	81,3	1.340,4	82,4	1.412,4	80,0	1.244,0
Costa Rica	81,8	1.368,5	82,3	1.451,3	81,3	1.269,7
Cuba	67,7	1.172,3	71,8	1.279,5	63,5	1.043,9
Ecuador	56,9	914,3	58,0	957,8	55,8	862,0
El Salvador	83,3	1.354,1	83,6	1.398,2	82,8	1.295,7
España	79,7	1.864,0	83,3	2.170,8	76,0	1.431,8
Guatemala	84,2	1.331,0	83,5	1.380,7	85,2	1.270,0
Honduras	80,1	1.378,6	80,0	1.436,5	80,3	1.310,1
México	81,8	1.497,0	80,5	1.594,0	83,2	1.378,4
Nicaragua	78,3	1.438,9	79,1	1.519,5	77,4	1.333,8
Panamá	77,1	1.354,0	77,9	1.418,8	76,2	1.278,2
Paraguay	105,2	1.537,9	108,9	1.638,3	101,6	1.422,6
Perú	57,8	904,3	58,1	952,1	57,4	844,2
Portugal	70,5	1.516,1	72,2	1.704,9	68,6	1.231,8
P. de Andorra	68,5	1.578,8	69,6	1.848,9	67,4	1.205,4
Rep. Dominicana	60,1	1.032,7	58,1	1.020,4	62,2	1.046,8
Uruguay	50,4	1.088,6	50,3	1.226,4	50,5	847,5
Venezuela	76,5	1.247,4	77,5	1.341,8	75,5	1.120,2
Promedio simple (22 países)	73,9	1.305,1	74,9	1.406,4	72,8	1.165,6

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

La ratio más baja de años vividos con discapacidad a causa del Alzheimer y otras demencias en las personas de entre 50 y 69 años se da en Chile (47,8) y la más alta en Brasil (124,1), mientras que en las personas de 70 y más años los valores extremos corresponden a Perú (904,3) y a España (1.864,0).

En la tabla 63 se recogen datos sobre los fallecimientos causados por el Alzheimer y otras demencias en perso-

nas de 50 y más años en la Región Iberoamericana. En promedio, se producen cada año por esta causa 10,4 fallecimientos por cada 100.000 personas de entre 50 y 69 años y 565,3 fallecimientos por cada 100.000 personas de 70 y más años. En el caso de las personas de entre 50 y 69 años la ratio más baja de fallecimientos por esta causa se da en Chile (6,5) y la más alta en Brasil (17,5), mientras que entre las personas de 70 y más años los valores extremos corresponden a Ecuador (380,9) y a España (874,6).

Tabla 63. Fallecimientos causados por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Muertes anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	7,0	450,0	6,8	520,9	7,3	333,6
Bolivia	9,7	444,1	9,8	468,2	9,7	415,6
Brasil	17,5	686,8	17,9	737,3	17,1	614,8
Chile	6,5	450,8	6,3	509,0	6,7	363,0
Colombia	10,9	524,9	10,7	555,7	11,1	483,7
Costa Rica	11,1	550,9	10,8	585,2	11,5	509,9
Cuba	9,4	515,0	9,7	570,0	9,1	449,0
Ecuador	7,7	380,9	7,6	401,1	7,9	356,4
El Salvador	11,8	574,6	11,4	587,7	12,3	557,3
España	10,7	874,6	10,6	1037,6	10,7	645,0
Guatemala	12,1	543,0	11,6	555,4	12,7	527,8
Honduras	12,8	651,0	13,5	743,6	12,1	541,5
México	11,5	619,4	10,9	665,4	12,1	563,1
Nicaragua	10,5	597,7	10,2	635,0	10,8	549,2
Panamá	10,5	558,5	10,2	581,4	10,9	531,7
Paraguay	15,4	623,1	15,5	669,8	15,3	569,4
Perú	8,0	403,3	7,8	432,6	8,3	366,4
Portugal	9,8	681,3	9,7	778,9	9,9	534,4
P. de Andorra	9,5	871,1	8,9	1064,0	10,1	604,3
Rep. Dominicana	8,3	439,2	7,7	436,5	8,9	442,1
Uruguay	7,1	517,3	6,9	599,9	7,4	372,9
Venezuela	10,3	478,3	10,1	519,1	10,5	423,3
Promedio simple (22 países)	10,4	565,3	10,2	620,7	10,6	488,8

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

2.2.2. Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales. El diagnóstico se basa en los antecedentes. En el tratamiento se utilizan fármacos o psicoterapia y, en ocasiones, terapia electroconvulsiva.

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se clasifican algunos tipos de trastornos según sus síntomas específicos. Entre ellos cabe destacar el trastorno depresivo mayor (a menudo denominado depresión, aunque este término se utiliza también para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos) y el trastorno depresivo persistente (distimia). Las trastornos depresivos también se clasifican según su etiología (trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo debido a otra enfermedad, trastorno depresivo inducido por sustancias o fármacos, etc.).

Los trastornos depresivos pueden presentarse a cualquier edad, pero es típico su desarrollo en la adolescencia

y entre los 20 y los 30 años. También es frecuente la aparición de trastornos depresivos en los adultos mayores, inducidos por cambios bruscos en las rutinas vitales (una mudanza, la marcha de los hijos, el fallecimiento del cónyuge o la pérdida de la propia autonomía) o relacionadas con enfermedades como las demencias, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, la cardiopatía, los trastornos tiroideos o el la enfermedad de Parkinson.

Según informaciones divulgadas por la OMS, la depresión unipolar afecta a un 7% de la población adulta mayor y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 y más años de edad. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores.

La incidencia de los trastornos depresivos en personas de 50 y más años en los países de la Región Iberoamericana se refleja en la tabla 64. En personas de entre 50 y 69 años se dan, en promedio, 5.322,2 nuevos casos al año por cada 100.000 personas (con un mínimo de 3.884,3 en Perú y un máximo de 7.980,1 en Cuba), proporción que, entre las personas de 70 y más años, es de 5.663,4 nuevos casos anuales por cada 100.00 personas (en este caso, los valores extremos son 3.970,8 en Argentina y 8,274 en Cuba).



Tabla 64. Incidencia de los trastornos depresivos en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Nuevos casos anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	4.133,1	3.970,8	5.251,8	4.517,7	2.887,2	3.072,8
Bolivia	6.452,5	6.910,1	8.197,4	8.383,1	4.629,7	5.172,0
Brasil	6.125,0	6.334,9	7.905,7	7.707,7	4.113,0	4.375,9
Chile	4.670,4	4.317,4	5.866,9	4.896,8	3.368,8	3.444,3
Colombia	4.082,6	4.692,4	4.513,9	4.817,4	3.599,0	4.525,2
Costa Rica	5.385,2	5.609,5	6.308,0	6.378,8	4.423,7	4.692,5
Cuba	7.980,1	8.274,0	10.145,5	9.920,7	5.774,9	6.300,0
Ecuador	5.469,9	6.024,7	6.083,3	6.547,7	4.821,2	5.395,0
El Salvador	5.453,1	5.703,9	6.260,6	6.345,1	4.372,3	4.854,5
España	4.580,2	5.017,4	6.193,6	6.135,8	2.897,4	3.442,1
Guatemala	6.746,1	7.130,0	8.153,0	8.490,1	4.998,4	5.457,1
Honduras	5.786,2	6.738,8	7.212,6	7.882,2	4.332,2	5.387,1
México	4.882,0	5.326,9	5.879,0	5.939,4	3.802,6	4.577,7
Nicaragua	5.277,1	5.513,2	6.212,3	6.228,5	4.151,6	4.581,2
Panamá	5.023,5	5.570,3	6.071,8	6.290,6	3.931,3	4.727,0
Paraguay	4.978,9	4.999,2	6.714,0	6.341,3	3.288,9	3.459,1
Perú	3.844,3	4.525,7	4.634,7	5.332,9	2.980,5	3.510,2
Portugal	5.992,7	6.871,4	7.634,5	8.283,5	4.147,7	4.744,7
P. de Andorra	4.430,3	4.640,6	5.722,2	5.608,6	3.084,0	3.302,0
Rep. Dominicana	5.991,2	6.330,8	7.177,5	7.517,2	4.754,6	4.973,8
Uruguay	4.363,4	4.074,0	5.485,0	4.561,6	3.101,5	3.221,2
Venezuela	5.441,2	6.018,0	6.471,5	6.630,1	4.341,9	5.192,6
Promedio simple (22 países)	5.322,2	5.663,4	6.549,8	6.579,9	3.991,0	4.473,1

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

En la tabla 65 se recogen datos sobre prevalencia de los trastornos depresivos en personas de 50 y más años en la Región Iberoamericana. En promedio, la prevalencia en personas de entre 50 y 69 años es de 5.125,8 casos por cada 100.000 personas (con una horquilla de entre 3.757,4 en Colombia a 6.787,6 en Cuba), y de 5.329,1 ca-

sos por cada 100.000 personas entre quienes tienen 70 o más años (con valores extremos de 4.189,1 en Colombia y 7.032,5 en Cuba). La similitud entre las cifras de incidencia y prevalencia sugiere que, en general, los episodios depresivos tienen una duración media que no supera el año.

Aunque los episodios depresivos puedan tener una duración limitada, la depresión puede ser recurrente. Además, cuando más episodios haya tenido una persona, mayores serán sus posibilidades de sufrir otra recaída. Se estima que alrededor del 60% de quienes han expe-

rimentado una depresión podrían tener una segunda recaída, el 70% de quienes tuvieron dos reincidencias tendrán una tercera, y el 90% de quienes han tenido tres episodios de depresión están en riesgo de experimentar un cuarto.

Tabla 65. Prevalencia de los trastornos depresivos en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Casos por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	4.698,1	4.470,0	5.765,2	4.986,9	3.509,8	3.621,4
Bolivia	5.877,2	6.193,7	7.165,1	7.295,4	4.531,7	4.893,6
Brasil	5.724,9	5.911,3	7.038,0	6.933,4	4.241,2	4.452,6
Chile	5.075,2	4.707,1	6.192,1	5.250,5	3.860,2	3.888,1
Colombia	3.757,4	4.189,1	3.965,5	4.217,4	3.524,1	4.151,3
Costa Rica	4.871,5	5.029,1	5.476,2	5.540,0	4.241,4	4.420,0
Cuba	6.787,6	7.032,5	8.263,3	8.192,3	5.284,8	5.642,2
Ecuador	5.217,4	5.590,1	5.745,0	6.039,3	4.659,3	5.049,4
El Salvador	4.922,2	5.087,8	5.454,7	5.518,0	4.209,3	4.517,9
España	4.829,7	4.985,7	6.317,1	5.962,4	3.278,4	3.609,9
Guatemala	5.786,3	6.058,7	6.708,4	6.957,4	4.641,0	4.953,3
Honduras	5.110,4	5.773,0	6.050,9	6.534,6	4.151,7	4.872,6
México	4.743,9	5.061,0	5.469,5	5.529,1	3.958,4	4.488,4
Nicaragua	4.790,7	4.957,2	5.414,3	5.433,5	4.040,3	4.336,7
Panamá	4.617,4	4.990,7	5.311,6	5.472,8	3.893,9	4.426,3
Paraguay	5.042,7	5.094,3	6.371,3	6.156,9	3.748,6	3.874,9
Perú	4.113,3	4.552,0	4.765,3	5.194,4	3.400,8	3.743,8
Portugal	6.490,7	6.914,1	8.103,9	8.149,8	4.677,9	5.053,3
P. de Andorra	5.074,5	5.077,3	6.421,6	6.011,1	3.670,8	3.786,2
Rep. Dominicana	5.483,8	5.729,1	6.354,4	6.595,0	4.576,3	4.738,7
Uruguay	4.859,3	4.529,0	5.927,9	4.991,8	3.657,1	3.719,6
Venezuela	4.892,4	5.307,3	5.569,7	5.713,5	4.169,8	4.759,6
Promedio simple (22 países)	5.125,8	5.329,1	6.084,1	6.030,7	4.087,6	4.409,1

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

En la tabla 66 se recogen datos sobre los años vividos con discapacidad a causa de trastornos depresivos en personas de 50 y más años en la Región Iberoamericana. Las ponderaciones de discapacidad asociadas a los trastornos depresivos que se han utilizado para estimar los años vividos con discapacidad son 0,145 para la de-

presión mayor leve y la distimia, 0,396 para la depresión mayor moderada y 0,658 para la depresión mayor severa. En promedio, se estima que, por esta causa, los años vividos con discapacidad en personas de entre 50 y 69 años son 848,5 por cada 100.000 años vividos totales, y en personas de 70 y más años, 840,1 por cada 100.000.

Tabla 66. Años vividos con discapacidad como consecuencia de los trastornos depresivos en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Ratios por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	722,7	656,5	900,1	739,2	525,1	520,8
Bolivia	1.001,4	1.001,8	1.249,2	1.202,1	742,6	765,6
Brasil	953,1	926,8	1.198,8	1.104,7	675,4	673,0
Chile	804,8	703,3	992,0	790,6	601,2	571,6
Colombia	627,8	669,6	674,5	677,5	575,5	659,1
Costa Rica	832,3	810,5	949,8	903,4	710,0	699,7
Cuba	1.202,0	1.178,2	1.491,2	1.389,4	907,5	925,0
Ecuador	870,2	892,6	960,5	966,7	774,6	803,4
El Salvador	838,4	818,3	944,0	898,9	697,1	711,4
España	776,7	768,8	1.033,5	928,8	509,0	543,4
Guatemala	1.011,7	1.002,0	1.197,5	1.171,6	781,0	793,5
Honduras	877,4	947,7	1.063,5	1.087,9	687,7	781,9
México	774,3	784,0	910,7	864,4	626,6	685,7
Nicaragua	814,2	793,4	936,1	880,7	667,5	679,7
Panamá	778,4	799,1	915,7	889,5	635,3	693,2
Paraguay	804,4	766,0	1.046,5	945,4	568,6	560,1
Perú	640,2	691,1	756,0	801,1	513,7	552,7
Portugal	1.038,8	1.074,2	1.307,5	1.277,6	736,9	767,8
P. de Andorra	777,3	742,4	990,6	886,8	555,1	542,8
Rep. Dominicana	928,6	923,7	1.090,6	1.077,4	759,8	747,9
Uruguay	758,2	668,5	936,2	741,7	557,8	540,4
Venezuela	834,3	863,3	968,9	938,6	690,7	761,7
Promedio simple (22 países)	848,5	840,1	1.023,3	962,0	659,0	680,9

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

El estudio sobre la carga mundial de morbilidad no registra datos de defunciones causadas por los trastornos depresivos, a pesar de que el riesgo de suicidio es considerablemente más alto en personas que sufren episodios de depresión mayor que en el conjunto de la población. La razón es que los fallecimientos por suicidio de personas con trastornos depresivos no se clasifican como causados por los trastornos depresivos, sino como causado por autolesiones.

2.2.3. Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos caracterizados por la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica. Puede deberse a un defecto en la producción de insulina, a una resistencia a la acción de la insulina para utilizar la glucosa, a un aumento en la producción de glucosa o a una combinación de estas causas. También se acompaña de anomalías en el metabolismo de los lípidos, proteínas, sales minerales y electrolitos.

Existen dos tipos de diabetes. En la diabetes tipo 1, el cuerpo no produce insulina; se desarrolla más a menudo en niños y adultos jóvenes, aunque puede aparecer a cualquier edad. La diabetes tipo 2 es la más común, y suele aparecer en la edad adulta; en este tipo de diabetes, el cuerpo fabrica insulina pero no la utiliza debidamente. La probabilidad de contraer la diabetes tipo 2 es más alta en personas con exceso de peso, que no hacen ejercicio

físico o que ya tienen una historia de diabetes en la familia. Aunque aún se desconoce mucho sobre la diabetes y la mejor forma de controlarla, se sabe que controlando el peso, los niveles de glucosa, la presión arterial y el colesterol se puede prevenir o retrasar la aparición de la diabetes y sus problemas afines. El ejercicio físico es también de gran ayuda.

La diabetes se asocia con la aparición de complicaciones en muchos sistemas orgánicos, entre las que las más evidentes son la pérdida de la visión (que puede llegar a la ceguera), el deterioro progresivo de la función renal (que puede llegar a requerir diálisis y trasplante) y el mal funcionamiento de los vasos sanguíneos periféricos (que puede significar la pérdida de extremidades inferiores, el deterioro de la función cerebral y la mala irrigación intestinal) y de las arterias coronarias (pudiendo provocar infarto agudo de miocardio); sin embargo, las complicaciones más prevalentes afectan al sistema nervioso periférico y autónomo: entre un 60 y un 70 por ciento de personas con diabetes sufren algún tipo de neuropatía.

La incidencia de la diabetes en personas de 50 y más años en los países de la Región Iberoamericana se refleja en la tabla 67. En personas de entre 50 y 69 años se dan, en promedio, 605,2 nuevos casos al año por cada 100.000 personas (con un mínimo de 379,5 en Perú y un máximo de 1.126 en México), proporción que, entre las personas de 70 y más años, se reduce hasta 402 nuevos casos anuales por cada 100.00 personas (en este caso, los valores extremos son 170,8 en Uruguay y 638,7 en México).



Tabla 67. Incidencia de la diabetes mellitus en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Nuevos casos anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	733,5	194,5	652,4	177,9	823,8	221,8
Bolivia	582,7	382,8	561,6	353,3	604,7	417,6
Brasil	442,3	571,6	431,0	535,5	455,0	623,1
Chile	597,4	188,1	535,0	177,3	665,4	204,3
Colombia	454,8	438,1	403,4	390,6	512,5	501,5
Costa Rica	415,7	404,7	353,7	348,6	480,3	471,5
Cuba	428,9	260,1	374,8	229,7	484,0	296,5
Ecuador	582,8	415,4	557,5	407,8	609,5	424,6
El Salvador	625,4	494,2	585,8	448,0	678,5	555,3
España	557,4	278,3	486,1	267,4	631,7	293,5
Guatemala	765,7	542,2	698,2	491,3	849,7	604,7
Honduras	591,1	468,5	583,6	436,1	598,8	506,8
México	1.126,0	638,7	1.000,9	556,1	1.261,4	739,8
Nicaragua	592,3	467,2	546,3	421,7	647,6	526,6
Panamá	635,8	523,3	568,5	468,5	706,0	587,5
Paraguay	885,4	616,0	991,0	616,3	782,6	615,7
Perú	379,5	303,7	328,8	261,7	434,9	356,5
Portugal	708,5	368,9	638,7	349,1	786,9	398,7
P. de Andorra	445,9	277,4	369,6	244,5	525,3	322,9
Rep. Dominicana	498,3	313,3	474,0	299,0	523,7	329,6
Uruguay	548,8	170,8	492,5	157,1	612,2	194,7
Venezuela	716,6	527,3	589,1	461,4	852,5	616,2
Promedio simple (22 países)	605,2	402,0	555,6	368,1	660,3	445,9

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

En la tabla 68 se recogen datos sobre prevalencia de la diabetes en personas de 50 y más años en la Región Iberoamericana. En promedio, la prevalencia en personas de entre 50 y 69 años es de 12.526,4 casos por cada 100.000 personas (con una horquilla de entre 7.391,9 en

Andorra a 25.758,9 en México), que se eleva a 16.469,3 casos por cada 100.000 personas entre quienes tienen 70 o más años (con valores extremos de 11.477,1 en Perú y 28.855,6 en México).

Tabla 68. Prevalencia de la diabetes mellitus en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Casos por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	12.452,4	16.430,6	11.404,7	15.360,3	13.619,2	18.187,8
Bolivia	12.535,1	15.677,6	12.198,5	14.720,5	12.886,8	16.807,0
Brasil	8.690,6	12.979,2	8.510,3	12.592,9	8.894,4	13.530,4
Chile	9.492,0	13.635,3	8.779,5	12.781,2	10.267,1	14.922,5
Colombia	10.227,8	14.167,5	9.407,8	12.966,7	11.147,5	15.774,1
Costa Rica	10.418,2	14.484,1	9.346,6	13.005,9	11.534,8	16.246,4
Cuba	10.618,8	13.562,9	9.362,2	12.016,8	11.898,6	15.416,2
Ecuador	11.480,0	15.333,7	11.201,2	14.878,5	11.774,9	15.881,6
El Salvador	15.317,1	18.627,5	14.727,0	17.422,0	16.107,0	20.224,7
España	8.473,2	14.358,1	7.443,7	13.257,5	9.546,8	15.908,4
Guatemala	19.032,2	21.519,8	17.683,0	19.623,4	20.708,0	23.852,0
Honduras	14.277,8	18.013,5	14.598,6	17.574,7	13.950,9	18.532,2
México	25.758,9	28.855,6	22.855,4	25.974,0	28.902,6	32.380,4
Nicaragua	13.707,2	17.020,3	13.058,1	15.911,4	14.488,2	18.465,0
Panamá	14.164,4	18.289,5	13.046,5	16.757,1	15.329,1	20.083,6
Paraguay	16.716,1	22.127,8	17.542,7	22.984,3	15.910,9	21.145,0
Perú	8.480,4	11.477,1	7.769,4	10.269,5	9.257,4	12.996,5
Portugal	10.045,1	16.831,8	9.019,9	15.713,8	11.197,1	18.515,6
P. de Andorra	7.391,9	12.300,6	6.265,7	10.875,8	8.565,4	14.270,7
Rep. Dominicana	11.203,6	14.118,1	10.274,0	13.162,7	12.172,7	15.210,9
Uruguay	9.117,9	12.585,5	8.516,0	11.891,2	9.795,1	13.799,8
Venezuela	15.979,8	19.929,0	13.987,8	17.717,9	18.104,9	22.910,2
Promedio simple (22 países)	12.526,4	16.469,3	11.681,7	15.339,0	13.457,2	17.957,3

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

En la tabla 69 se recogen datos sobre los años vividos con discapacidad a causa de la diabetes en personas de 50 y más años en la Región Iberoamericana. Las ponderaciones de discapacidad asociadas a la diabetes, que se utilizan para calcular los años vividos con discapacidad por esta causa, van desde 0,049 para la diabetes sin complicaciones hasta 0,571 para la enfermedad renal avanzada con

diálisis debida a la diabetes. En promedio, se estima que los años vividos con discapacidad a consecuencia de la diabetes en personas de entre 50 y 69 años son 1.128,0 por cada 100.000 personas, y en personas de 70 y más años, 1.478,5 por cada 100.000 personas. Los valores más bajos se dan, en ambos grupos de edades, en Andorra (573,9 y 936,1), y los más altos en México (2.453,8 y 2.773,0).

Tabla 69. Años vividos con discapacidad como consecuencia de la diabetes mellitus en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Ratios por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	968,5	1.293,4	890,1	1.211,1	1.055,8	1.428,7
Bolivia	1.221,6	1.526,8	1.190,2	1.434,7	1.254,4	1.635,3
Brasil	783,5	1.189,9	779,5	1.168,2	788,0	1.220,8
Chile	737,8	1.070,5	683,8	1.003,4	796,6	1.171,6
Colombia	950,7	1.335,0	864,9	1.214,1	1.047,1	1.496,8
Costa Rica	969,7	1.367,6	859,6	1.218,2	1.084,4	1.545,6
Cuba	970,4	1.255,8	795,6	1.040,2	1.148,4	1.514,2
Ecuador	1.130,8	1.515,3	1.106,5	1.473,3	1.156,6	1.565,8
El Salvador	1.422,5	1.760,2	1.356,6	1.637,9	1.510,8	1.922,3
España	624,5	1.037,1	552,0	952,9	700,1	1.155,6
Guatemala	1.761,3	2.026,6	1.622,1	1.835,3	1.934,2	2.261,8
Honduras	1.322,0	1.693,5	1.334,5	1.635,7	1.309,3	1.761,9
México	2.453,8	2.773,0	2.159,0	2.485,2	2.773,0	3.125,0
Nicaragua	1.273,9	1.609,3	1.201,1	1.493,3	1.361,4	1.760,3
Panamá	1.324,7	1.735,7	1.208,2	1.581,6	1.446,1	1.916,3
Paraguay	1.468,0	1.963,6	1.572,7	2.083,7	1.366,0	1.825,9
Perú	833,1	1.128,0	763,7	1.009,4	909,0	1.277,2
Portugal	808,9	1.334,3	735,6	1.248,4	891,3	1.463,7
P. de Andorra	573,9	936,1	491,0	827,6	660,4	1.086,1
Rep. Dominicana	1.022,5	1.308,9	874,7	1.142,7	1.176,5	1.499,1
Uruguay	709,3	988,4	663,8	933,2	760,4	1.084,8
Venezuela	1.484,1	1.875,6	1.285,6	1.660,3	1.695,9	2.165,9
Promedio simple (22 países)	1.128,0	1.487,5	1.045,0	1.376,8	1.219,3	1.631,1

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

En la tabla 70 se recogen datos sobre los fallecimientos causados por la diabetes en personas de 50 y más años en la Región Iberoamericana. En promedio, se producen cada año por esta causa 52,7 fallecimientos por cada 100.000 personas de entre 50 y 69 años y 264,1 fallecimientos por cada 100.000 personas de 70 y más años. En

el caso de las personas de entre 50 y 69 años la ratio más baja de fallecimientos por esta causa se registra en Andorra (6,6) y la más alta en Guatemala (142,7), mientras que entre las personas de 70 y más años los valores extremos corresponden a Andorra (69,4) y a Paraguay (558,1).

Tabla 70. Fallecimientos causados por la diabetes mellitus en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Muertes anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	39,4	193,6	29,8	169,4	50,0	233,4
Bolivia	71,2	325,7	80,7	394,1	61,2	245,0
Brasil	52,5	308,9	48,4	316,8	57,1	297,7
Chile	24,3	162,6	19,5	147,9	29,5	184,8
Colombia	26,2	195,7	26,6	210,9	25,8	175,4
Costa Rica	13,3	85,5	12,7	94,4	14,0	74,9
Cuba	21,1	99,7	22,6	114,6	19,6	82,0
Ecuador	61,0	310,4	58,8	335,0	63,3	280,7
El Salvador	82,8	332,6	91,0	390,0	71,8	256,5
España	7,5	128,8	4,8	135,9	10,3	118,8
Guatemala	142,7	455,2	152,1	512,3	130,9	384,9
Honduras	52,4	239,1	71,6	328,6	32,8	133,3
México	133,3	555,1	120,4	552,7	147,3	558,0
Nicaragua	75,6	305,2	75,9	335,8	75,2	265,3
Panamá	57,2	330,9	54,7	366,2	59,8	289,6
Paraguay	106,8	558,1	115,9	648,7	97,9	454,2
Perú	30,3	157,2	27,4	160,5	33,5	153,0
Portugal	17,8	223,2	12,8	220,9	23,5	226,7
P. de Andorra	6,6	69,4	3,8	61,6	9,6	80,2
Rep. Dominicana	42,2	256,2	38,9	288,1	45,7	219,7
Uruguay	27,2	168,4	21,4	153,7	33,8	194,2
Venezuela	68,0	348,7	59,0	346,0	77,6	352,3
Promedio simple (22 países)	52,7	264,1	52,2	285,6	53,2	239,1

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

2.2.4. Enfermedades respiratorias crónicas

Las enfermedades respiratorias son una de las principales causas de muerte y de discapacidad severa en los adultos mayores. Una proporción importante de las enfermedades respiratorias de los adultos mayores se asocia a los riesgos inhalatorios a los que los individuos han estado expuestos durante su vida, sobresaliendo entre ellos el tabaquismo, la contaminación ambiental, las infecciones respiratorias durante la infancia y los contaminantes de origen laboral.

Las enfermedades respiratorias más prevalentes en la población adulta mayor son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma.

La **enfermedad pulmonar obstructiva crónica** (EPOC) es una enfermedad respiratoria que se caracteriza por una limitación irreversible del flujo aéreo. Es la quinta causa de mortalidad prematura y de años vividos con discapacidad en adultos mayores, después de las enfermedades del corazón, la depresión, los accidentes de tráfico y las enfermedades cerebrovasculares.

La principal causa de EPOC es el tabaquismo activo. Otras causas menos frecuentes son las de origen genético, tabaquismo pasivo, contaminación ambiental, hiperactividad bronquial o las infecciones respiratorias, aunque su

importancia es muy reducida. Casi un 50% de las personas mayores fumadoras o exfumadoras con síntomas respiratorios crónicos como la tos, expectoración y/o silbidos respiratorios pueden tener una EPOC.

Existe una relación claramente identificada entre la exposición al tabaco y el deterioro de la función pulmonar. Dejar de fumar frena la progresión de la enfermedad y disminuye el número y la gravedad de las agudizaciones y complicaciones. El ejercicio físico, la nutrición, la higiene, y las vacunaciones pueden reducir los efectos de la enfermedad.

El **asma** es una enfermedad crónica de las vías respiratorias, que se caracteriza por episodios de obstrucción generalizada y variable de las mismas, reversible de forma espontánea o con tratamiento, y que se caracteriza por la hiperreactividad bronquial frente a diferentes estímulos ambientales.

La incidencia de las enfermedades respiratorias crónicas en personas de 50 y más años en los países de la Región Iberoamericana se refleja en la tabla 71. En personas de entre 50 y 69 años se dan, en promedio, 1.485,1 nuevos casos al año por cada 100.000 personas (con un mínimo de 1.087,6 en Portugal y un máximo de 1.856,2 en Colombia), proporción que, entre las personas de 70 y más años, se eleva hasta 2.484,9 nuevos casos anuales por cada 100.00 personas (en este caso, los valores extremos son 1.630,2 en Andorra y 3.366,5 en Colombia).

Tabla 71. Incidencia de las enfermedades respiratorias crónicas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Nuevos casos anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	1.493,3	1.970,4	1.281,5	1.620,4	1.729,2	2.545,0
Bolivia	1.443,4	2.721,5	1.371,0	2.471,9	1.519,0	3.016,0
Brasil	1.429,2	2.474,0	1.228,2	2.063,6	1.656,3	3.059,7
Chile	1.327,8	1.941,4	1.225,4	1.670,5	1.439,2	2.349,5
Colombia	1.856,2	3.366,5	1.729,4	3.019,0	1.998,5	3.831,5
Costa Rica	1.750,9	3.151,3	1.694,6	2.868,6	1.809,6	3.488,4
Cuba	1.775,3	2.599,6	1.682,3	2.312,3	1.869,9	2.944,0
Ecuador	1.108,2	2.120,9	1.050,9	1.879,8	1.168,9	2.411,2
El Salvador	1.607,5	2.836,7	1.585,1	2.695,1	1.637,5	3.024,4
España	1.155,3	1.964,5	1.007,5	1.634,4	1.309,5	2.429,5
Guatemala	1.395,6	2.397,1	1.341,8	2.176,3	1.462,4	2.668,6
Honduras	1.801,0	3.069,7	1.867,5	3.022,9	1.733,2	3.125,1
México	1.487,2	2.625,6	1.371,6	2.260,9	1.612,3	3.071,8
Nicaragua	1.437,0	2.617,6	1.386,7	2.376,6	1.497,4	2.931,5
Panamá	1.679,8	2.940,2	1.629,9	2.717,7	1.731,7	3.200,8
Paraguay	1.502,3	2.602,5	1.370,1	2.326,9	1.631,0	2.918,7
Perú	1.320,5	2.508,7	1.290,1	2.312,5	1.353,7	2.755,5
Portugal	1.087,6	1.674,7	1.025,6	1.452,7	1.157,1	2.009,1
P. de Andorra	1.167,9	1.630,2	1.014,1	1.330,1	1.328,2	2.045,2
Rep. Dominicana	1.495,5	2.536,4	1.467,7	2.369,0	1.524,4	2.727,7
Uruguay	1.686,7	2.077,4	1.364,2	1.670,9	2.049,7	2.788,4
Venezuela	1.664,8	2.840,7	1.544,7	2.531,0	1.792,8	3.258,3
Promedio simple (22 países)	1.485,1	2.484,9	1.387,7	2.217,4	1.591,4	2.845,5

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

En la tabla 72 se recogen datos sobre prevalencia de las enfermedades respiratorias crónicas en personas de 50 y más años en la Región Iberoamericana. En promedio, la prevalencia en personas de entre 50 y 69 años es de 12.716,2 casos por cada 100.000 personas (con una hor-

quilla de entre 8.354,3 en Ecuador a 17.615,4 en Uruguay), que se eleva a 24.902,1 casos por cada 100.000 personas entre quienes tienen 70 o más años (con valores extremos de 19.224,1 en Ecuador y 30.876,5 en Colombia).

Tabla 72. Prevalencia de las enfermedades respiratorias crónicas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Casos por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	15.169,4	22.542,9	12.280,8	16.448,9	18.386,3	32.548,3
Bolivia	11.468,5	24.989,5	9.887,0	20.629,1	13.120,6	30.134,5
Brasil	13.506,8	26.909,8	11.072,2	21.274,9	16.257,7	34.951,2
Chile	12.850,4	20.209,6	11.436,7	15.572,3	14.388,3	27.197,5
Colombia	13.393,8	30.876,5	11.586,7	25.927,4	15.420,6	37.498,3
Costa Rica	12.662,9	27.926,7	11.429,6	23.460,8	13.948,0	33.250,9
Cuba	13.738,2	24.501,4	12.424,2	19.767,1	15.076,3	30.176,5
Ecuador	8.354,3	19.224,1	6.883,2	14.853,0	9.910,1	24.486,7
El Salvador	11.452,8	24.577,5	10.517,9	21.375,3	12.704,2	28.820,0
España	15.189,7	27.652,0	13.266,6	22.887,2	17.195,2	34.363,4
Guatemala	10.361,1	22.774,1	8.975,2	18.599,8	12.082,6	27.908,0
Honduras	13.528,9	29.301,3	13.080,1	26.911,9	13.986,4	32.126,1
México	11.475,3	27.104,9	9.428,5	21.514,0	13.691,4	33.943,8
Nicaragua	10.488,8	24.079,0	9.242,6	19.957,7	11.988,5	29.448,6
Panamá	12.290,7	27.003,3	10.944,3	22.492,5	13.693,5	32.284,5
Paraguay	12.110,4	23.653,3	9.832,6	18.216,0	14.329,0	29.892,8
Perú	9.864,7	21.143,2	8.631,8	17.338,9	11.212,1	25.929,8
Portugal	14.620,1	22.673,6	13.478,1	19.403,2	15.903,4	27.599,0
P. de Andorra	15.389,2	24.109,3	13.340,0	19.509,6	17.524,5	30.469,6
Rep. Dominicana	10.765,6	21.537,8	9.781,9	17.739,7	11.791,1	25.882,0
Uruguay	17.615,4	25.527,8	13.432,8	18.207,3	22.321,4	38.332,5
Venezuela	13.460,1	29.528,1	11.387,2	24.428,0	15.671,6	36.404,6
Promedio simple (22 países)	12.716,2	24.902,1	11.015,5	20.296,1	14.572,9	31.074,9

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

En la tabla 73 se recogen datos sobre los años vividos con discapacidad a causa de las enfermedades respiratorias crónicas en personas de 50 y más años en la Región Iberoamericana. Las ponderaciones de discapacidad asociadas a estas enfermedades, que se utilizan para calcular los años vividos con discapacidad por esta causa, van desde 0,019 para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica leve hasta 0,408 para la enfermedad pulmonar obstruc-

tiva crónica severa. En promedio, se estima que los años vividos con discapacidad a consecuencia de las enfermedades respiratorias crónicas en personas de entre 50 y 69 años son 356,9 por cada 100.000 personas, y en personas de 70 y más años, 633,4 por cada 100.000 personas. Los valores más bajos se dan, en ambos grupos de edades, en Ecuador (212,6 y 458,1), y los más altos en Andorra (536,2 y 816,5).

Tabla 73. Años vividos con discapacidad como consecuencia de las enfermedades respiratorias crónicas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Ratios por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	414,5	595,6	484,5	649,7	336,5	506,6
Bolivia	284,7	591,8	290,0	577,1	279,3	609,2
Brasil	276,8	498,3	264,0	459,2	291,3	554,0
Chile	387,2	578,8	458,5	634,9	309,6	494,2
Colombia	391,6	795,0	391,6	768,2	391,6	830,8
Costa Rica	383,2	755,3	398,5	738,3	367,3	775,6
Cuba	385,2	590,4	400,8	555,9	369,3	631,8
Ecuador	212,6	458,1	210,4	426,6	214,8	496,0
El Salvador	348,1	666,0	359,7	664,0	332,7	668,7
España	373,5	561,8	377,7	542,6	369,1	588,8
Guatemala	292,7	570,4	292,6	541,9	292,7	605,4
Honduras	389,9	755,6	436,0	806,2	342,9	695,7
México	320,9	672,0	310,3	627,3	332,3	726,8
Nicaragua	300,9	609,1	305,4	587,0	295,5	637,8
Panamá	365,9	714,9	378,1	700,2	353,2	732,1
Paraguay	279,9	495,4	273,6	464,9	286,0	530,4
Perú	270,1	570,8	278,5	549,7	261,0	597,2
Portugal	500,6	721,5	554,0	815,2	440,5	580,4
P. de Andorra	536,2	816,5	516,8	757,6	556,5	897,9
Rep. Dominicana	300,0	524,7	317,9	512,4	281,3	538,7
Uruguay	469,5	672,7	532,4	721,8	398,7	587,0
Venezuela	368,9	720,7	368,1	696,0	369,8	753,9
Promedio simple (22 países)	356,9	633,4	372,7	627,1	339,6	638,1

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

En la tabla 74 se recogen datos sobre los fallecimientos causados por las enfermedades respiratorias crónicas en personas de 50 y más años en la Región Iberoamericana. En promedio, se producen cada año por esta causa 31,6 fallecimientos por cada 100.000 personas de entre 50 y 69 años y 374,6 fallecimientos por cada 100.000 personas

de 70 y más años. En el caso de las personas de entre 50 y 69 años la ratio más baja de fallecimientos por esta causa se registra en Ecuador (16,6) y la más alta en Honduras (67,7), mientras que entre las personas de 70 y más años los valores extremos corresponden a Guatemala (226,1) y a Honduras (597,6).

Tabla 74. Fallecimientos causados por las enfermedades respiratorias crónicas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Muertes anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	53,1	475,7	33,6	356,7	74,8	671,0
Bolivia	40,2	531,9	39,8	507,5	40,6	560,6
Brasil	49,1	461,4	38,5	351,4	61,2	618,3
Chile	26,7	353,7	20,8	293,3	33,1	444,8
Colombia	30,3	518,3	23,3	435,9	38,2	628,5
Costa Rica	18,9	341,5	15,4	297,4	22,6	394,0
Cuba	38,3	249,8	38,3	189,0	38,3	322,6
Ecuador	16,6	285,9	12,8	226,6	20,7	357,3
El Salvador	20,6	269,9	20,4	257,7	20,9	286,1
España	22,4	479,0	11,8	361,1	33,4	645,1
Guatemala	22,7	226,1	20,7	181,8	25,3	280,6
Honduras	67,7	597,6	90,4	701,1	44,5	475,3
México	33,6	443,8	28,7	371,9	38,8	531,7
Nicaragua	22,3	339,0	18,5	271,1	26,8	427,4
Panamá	20,9	276,6	16,1	235,7	25,8	324,4
Paraguay	34,0	328,1	20,3	214,4	47,2	458,6
Perú	26,3	371,0	21,2	322,9	31,9	431,6
Portugal	20,6	384,2	10,9	310,2	31,5	495,7
P. de Andorra	26,7	322,9	15,4	208,6	38,4	481,0
Rep. Dominicana	19,3	243,8	15,0	190,5	23,8	304,8
Uruguay	56,7	455,5	32,4	297,9	84,2	731,0
Venezuela	27,4	285,1	21,7	241,5	33,6	343,9
Promedio simple (22 países)	31,6	374,6	25,7	310,2	38,0	464,3

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

2.2.5. Caídas

Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes, por su elevada incidencia y, sobre todo, por las consecuencias que tienen y las repercusiones que provocan en la persona adulta mayor: son la causa más común de accidentes en personas de más de 65 años y representan la principal causa de morbilidad por lesiones. Sin embargo, son un problema frecuentemente ignorado y al que muchas veces no se presta la atención necesaria, pues se tiene la idea errónea de que las caídas son eventos comunes e incluso normales dentro de la vida cotidiana de las personas adultas mayores, y se tiende a sumirlas como una consecuencia natural del proceso de envejecimiento.

En un número elevado de casos las caídas son evitables y se pueden prevenir. Para llevar a cabo una prevención eficaz de las caídas es necesario abordarlas de manera multidisciplinar, identificando las causas y los factores de riesgo y actuando sobre ellos. Los programas de prevención de las caídas en adultos mayores pueden incluir varios componentes para identificar y modificar los riesgos, tales como:

- Examen del entorno donde vive la persona para detectar riesgos.
- Intervenciones clínicas para identificar factores de riesgo, tales como el examen y modificación de la medicación, el tratamiento de la hipotensión, la administración de suplementos de calcio y vitamina D o el tratamiento de los trastornos visuales corregibles.

- Evaluación del domicilio y modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocidos o antecedentes de caídas.
- Prescripción de dispositivos asistenciales apropiados para paliar los problemas físicos y sensoriales.
- Fortalecimiento muscular y ejercicios de equilibrio prescritos por profesionales sanitarios con formación adecuada.
- Programas grupales comunitarios que pueden incorporar componentes como la educación para prevenir las caídas y ejercicios de equilibrio dinámico y fortalecimiento muscular.
- Uso de protectores de la cadera en personas con riesgo de fractura de la cadera en caso de caída.

La incidencia de las caídas en personas de 50 y más años en los países de la Región Iberoamericana se refleja en la tabla 75. En personas de entre 50 y 69 años se dan, en promedio, 3.409,3 nuevos casos al año por cada 100.000 personas (con un mínimo de 2.646,1 en Venezuela y un máximo de 5.196,4 en Cuba), proporción que, entre las personas de 70 y más años, se eleva hasta 9.124,2 nuevos casos anuales por cada 100.00 personas (en este caso, los valores extremos son 3.255,7 en República Dominicana y 13.149,8 en Andorra).

Tabla 75. Incidencia de caídas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Nuevos casos anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	3.373,8	6.785,3	3.955,8	7.974,9	2.725,7	4.832,0
Bolivia	3.533,0	6.596,4	3.123,5	6.673,4	3.960,8	6.505,5
Brasil	5.074,2	11.785,7	4.564,7	12.734,2	5.649,8	10.432,2
Chile	3.947,7	10.228,0	4.186,0	12.291,1	3.688,5	7.119,0
Colombia	2.787,5	7.256,8	2.981,2	8.087,3	2.570,4	6.145,7
Costa Rica	3.001,1	10.712,2	3.267,4	12.916,6	2.723,7	8.084,2
Cuba	5.196,4	15.375,5	5.825,7	17.419,2	4.555,6	12.925,8
Ecuador	4.056,3	7.678,8	3.269,7	7.393,9	4.888,3	8.021,7
El Salvador	3.403,8	10.667,0	3.733,0	12.523,9	2.963,1	8.206,7
España	3.140,1	9.518,9	3.399,8	11.704,1	2.869,1	6.440,9
Guatemala	3.486,1	8.885,0	3.430,6	10.036,7	3.554,9	7.468,5
Honduras	3.308,4	11.438,4	3.776,5	14.107,6	2.831,2	8.282,8
México	3.384,0	10.996,5	3.807,3	13.194,7	2.925,7	8.307,6
Nicaragua	2.851,9	9.439,5	3.119,5	11.426,4	2.529,9	6.850,9
Panamá	2.842,8	7.683,1	2.918,8	8.363,2	2.763,6	6.886,9
Paraguay	3.365,3	7.679,4	3.018,1	8.342,8	3.703,5	6.918,0
Perú	2.979,3	5.911,5	2.859,9	6.068,5	3.109,8	5.713,9
Portugal	2.936,7	8.433,2	3.092,9	9.997,2	2.761,1	6.077,9
P. de Andorra	3.503,3	13.149,8	3.570,9	15.657,3	3.432,9	9.682,7
Rep. Dominicana	2.695,7	3.255,7	3.253,7	3.156,9	2.114,1	3.368,6
Uruguay	3.489,9	8.514,9	3.973,6	10.093,1	2.945,6	5.754,2
Venezuela	2.646,1	8.741,3	3.013,0	10.780,2	2.254,8	5.992,2
Promedio simple (22 países)	3.409,3	9.124,2	3.551,9	10.497,4	3.251,0	7.273,6

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

En la tabla 76 se recogen datos sobre prevalencia de las caídas en personas de 50 y más años en la Región Iberoamericana. En promedio, la prevalencia en personas de entre 50 y 69 años es de 10.948,6 casos por cada 100.000 personas (con una horquilla de entre 8.476,3 en Nicara-

gua a 17.918,7 en Andorra), que se eleva a 22.979,5 casos por cada 100.000 personas entre quienes tienen 70 o más años (con valores extremos de 14.353,9 en República Dominicana y 34.001,2 en Andorra).

Tabla 76. Prevalencia de caídas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Casos por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	11.029,9	21.995,6	10.812,8	23.993,2	11.271,8	18.715,7
Bolivia	10.089,3	19.522,5	7.030,0	16.742,1	13.285,2	22.803,3
Brasil	14.544,5	29.277,2	9.787,1	26.250,7	19.920,3	33.596,3
Chile	11.221,4	26.303,4	9.952,5	27.948,0	12.601,6	23.825,2
Colombia	8.717,0	18.107,7	7.333,2	18.159,7	10.269,0	18.038,2
Costa Rica	9.629,8	22.043,7	7.896,5	23.152,6	11.435,7	20.721,5
Cuba	12.814,7	32.123,1	10.072,4	33.434,4	15.607,3	30.551,3
Ecuador	11.109,7	22.333,8	7.128,1	18.115,3	15.320,8	27.412,6
El Salvador	9.034,9	22.362,7	7.780,0	23.497,3	10.714,7	20.859,5
España	16.420,6	29.233,1	14.051,8	30.461,6	18.891,0	27.502,7
Guatemala	9.153,4	20.922,3	7.231,4	20.525,5	11.540,9	21.410,4
Honduras	8.903,8	22.868,0	7.761,0	25.141,0	10.068,7	20.180,7
México	8.963,5	23.164,1	7.417,5	25.055,7	10.637,3	20.850,3
Nicaragua	8.476,3	20.316,3	7.371,4	21.747,4	9.805,8	18.451,8
Panamá	9.386,9	19.169,1	7.278,6	18.136,8	11.583,6	20.377,7
Paraguay	11.701,7	21.411,8	7.864,7	18.622,3	15.439,1	24.612,8
Perú	9.224,4	17.885,9	6.901,7	16.173,0	11.762,7	20.041,2
Portugal	14.550,0	25.621,8	12.527,6	26.158,0	16.822,7	24.814,4
P. de Andorra	17.918,7	34.001,2	15.153,6	35.061,6	20.799,9	32.534,9
Rep. Dominicana	8.933,7	14.353,9	7.394,8	13.591,2	10.537,9	15.226,3
Uruguay	10.525,6	23.798,2	10.085,2	26.080,1	11.021,1	19.806,8
Venezuela	8.520,5	18.734,4	7.237,9	20.203,2	9.889,0	16.754,0
Promedio simple (22 países)	10.948,6	22.979,5	8.912,3	23.102,3	13.146,6	22.685,8

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

En la tabla 77 se recogen datos sobre los años vividos con discapacidad a causa de las caídas en personas de 50 y más años en la Región Iberoamericana. En promedio, se estima que los años vividos con discapacidad a consecuencia de las caídas en personas de entre 50 y 69 años son 446,8 por cada 100.000 personas, y en personas de 70 y más años,

1.073,2 por cada 100.000 personas. Los valores más bajos se dan, en el caso de personas de entre 50 y 69 años, en Venezuela (364,5), y en el caso de personas de 70 y más años, en República Dominicana (644,4), y los más altos, en el caso de personas de entre 50 y 69 años, en Andorra (613,5), y en el caso de personas de 70 y más años, en Cuba (1.521,3).

Tabla 77. Años vividos con discapacidad como consecuencia de caídas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Ratios por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	425,4	935,3	437,7	1.057,0	411,8	735,5
Bolivia	455,3	942,0	338,2	863,4	577,6	1.034,7
Brasil	614,8	1.382,2	446,2	1.339,9	805,3	1.442,5
Chile	411,5	1.107,6	382,8	1.229,9	442,7	923,2
Colombia	368,0	862,4	330,6	914,1	409,9	793,2
Costa Rica	389,0	1.050,3	341,9	1.172,2	438,2	905,0
Cuba	528,5	1.521,3	455,0	1.668,2	603,4	1.345,1
Ecuador	503,3	1.106,4	344,7	966,9	671,0	1.274,4
El Salvador	400,2	1.146,6	370,7	1.275,0	439,6	976,4
España	565,6	1.167,0	506,7	1.283,8	626,9	1.002,5
Guatemala	428,2	1.105,0	363,4	1.160,5	508,6	1.036,7
Honduras	418,6	1.252,8	394,6	1.455,6	443,2	1.012,9
México	394,2	1.191,4	353,1	1.366,6	438,8	977,1
Nicaragua	370,5	1.043,7	344,7	1.185,7	401,6	858,7
Panamá	404,4	943,0	338,1	959,3	473,5	923,9
Paraguay	501,2	1.019,4	364,6	971,8	634,3	1.074,1
Perú	384,7	817,2	306,8	783,4	469,9	859,7
Portugal	504,4	1.021,3	452,6	1.094,9	562,7	910,5
P. de Andorra	613,5	1.388,7	541,0	1.512,9	689,0	1.217,1
Rep. Dominicana	386,9	644,4	355,6	654,2	419,6	633,3
Uruguay	397,0	1.016,7	398,8	1.153,3	394,9	777,7
Venezuela	364,5	946,2	335,7	1.092,8	395,3	748,5
Promedio simple (22 países)	446,8	1.073,2	386,5	1.143,7	511,7	975,6

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

En la tabla 78 se recogen datos sobre los fallecimientos causados por las caídas en personas de 50 y más años en la Región Iberoamericana. En promedio, se producen cada año por esta causa 6,6 fallecimientos por cada 100.000 personas de entre 50 y 69 años y 58,7 fallecimientos por cada 100.000 personas de 70 y más años.

En el caso de las personas de entre 50 y 69 años la ratio más baja de fallecimientos por esta causa se registra en República Dominicana (1,9) y la más alta en Guatemala (11,4), mientras que entre las personas de 70 y más años los valores extremos corresponden a República Dominicana (17,3) y a Cuba (151,5).

Tabla 78. Fallecimientos causados por caídas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Muertes anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más	50 - 69	70 y más
Argentina	4,0	35,0	1,7	35,4	6,5	34,5
Bolivia	10,9	59,1	4,5	54,6	17,6	64,4
Brasil	9,0	81,6	3,4	77,0	15,4	88,3
Chile	5,7	58,3	2,0	61,5	9,7	53,3
Colombia	5,4	38,0	1,5	28,6	9,8	50,6
Costa Rica	5,1	62,3	1,5	57,5	8,9	68,1
Cuba	8,3	151,5	4,5	161,5	12,2	139,5
Ecuador	8,9	45,6	2,5	37,5	15,7	55,3
El Salvador	9,3	86,3	4,0	79,1	16,5	95,8
España	4,6	51,2	2,1	49,3	7,2	54,0
Guatemala	11,4	61,3	3,2	40,9	21,7	86,4
Honduras	7,0	38,5	2,8	28,7	11,2	50,0
México	8,8	61,1	3,1	51,0	15,0	73,5
Nicaragua	5,9	67,7	1,8	67,2	10,7	68,3
Panamá	5,8	37,6	1,0	27,5	10,8	49,5
Paraguay	7,3	82,5	3,0	96,7	11,4	66,2
Perú	5,7	38,4	2,3	33,0	9,5	45,1
Portugal	4,8	42,6	2,1	39,1	7,9	47,8
P. de Andorra	5,4	80,0	2,4	75,6	8,5	86,2
Rep. Dominicana	1,9	17,3	0,6	14,3	3,2	20,9
Uruguay	5,0	51,7	2,2	54,0	8,1	47,6
Venezuela	5,4	44,2	1,8	41,1	9,2	48,3
Promedio simple (22 países)	6,6	58,7	2,5	55,1	11,2	63,3

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

2.3. Esperanza de vida y esperanza de vida en estado de buena salud

La **esperanza de vida** es una medida resumen del nivel de la mortalidad, que expresa el promedio de años que se espera viva una persona bajo las condiciones de mortalidad del período en que se calcula. Es uno de los indicadores fundamentales utilizado por las Naciones Unidas para medir el desarrollo humano de los países. Se calcula a través de las tablas de mortalidad, un instrumento de carácter estadístico-matemático que refleja las probabilidades de supervivencia de una población en función de su edad.

En la actualidad la **esperanza de vida al nacer** (ambos sexos) para los 22 países de la región iberoamericana se mueve en una horquilla que va desde los 72,7 años en Honduras a los 83 años en España. Junto con Honduras, las esperanzas de vida al nacer menos elevadas se registran en Guatemala, Bolivia y Paraguay, países en los que no supera los 75 años. En Brasil, Venezuela, El Salvador, República Dominicana, México y Argentina la esperanza de vida al nacer se sitúa entre los 75 y los 77 años, y en Uruguay, Ecuador, Colombia, Nicaragua, Cuba, Panamá y Perú, entre los 77 y los 80. Los países iberoamericanos con mayor esperanza de vida al nacimiento son Chile, Costa Rica, Portugal, el Principado de Andorra y España, todos ellos con valores que superan los 80 años.

De manera sistemática, las mujeres presentan mejor esperanza de vida que los varones en todos los países, con diferencias muy variables (escasas en Honduras y Bolivia,

donde rondan los dos años, y en Perú, donde no llegan a cuatro, y amplias en Venezuela, El Salvador, Brasil y Uruguay, donde superan los siete años).

El incremento de la esperanza de vida se debe a múltiples factores (los avances médicos y tecnológicos, la reducción en las tasas de mortalidad infantil, los cambios en los hábitos nutricionales y estilos de vida, la mejora en los niveles de condiciones materiales de vida y en la educación, así como el acceso de la población a los servicios sanitarios). Un aspecto clave en la evolución de la esperanza de vida en las últimas décadas ha sido la mejora de las expectativas de vida en las personas de edad madura y avanzada. En la actualidad (datos referidos a 2016 para ambos sexos), **la esperanza de vida a los 65 años** se sitúa en los países de la Región Iberoamericana en una horquilla que va desde los 15,9 años en Honduras hasta los 21,1 años en España (ver tabla 80), y **la esperanza de vida a los 80 años**, entre 7,1 años en Honduras y 10 años en Costa Rica (ver tabla 81). Las diferencias por sexo en la esperanza de vida, aunque son menores en términos absolutos conforme avanza la edad (se pasa de una diferencia máxima de 8,5 años en la esperanza de vida al nacer a 4,9 años en la esperanza de vida a los 65 años, y a 2,5 años en la esperanza de vida a los 80 años), se incrementan con la edad cuando se miden en términos relativos, pasando el máximo por país en la razón de sexo (cociente entre la esperanza de vida de la mujeres y la de los varones) de 1,12 al nacer a 1,31 a los 65 años y a 1,35 a los 80 años. También se incrementa la variabilidad geográfica de las diferencias por sexo, llegando a registrarse, en la esperanza de vida a los 80 años, un caso (Honduras) donde la esperanza de vida de los hombres supera ligeramente a la de las mujeres.

Tabla 79. Esperanza de vida al nacer en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. 2016.

	Ambos sexos	Mujeres (M)	Hombres (H)	Diferencia entre sexos (M-H)	Razón de sexo (M/H)
Argentina	76,71	79,99	73,31	6,68	1,09
Bolivia	73,24	74,27	72,23	2,03	1,03
Brasil	75,24	79,00	71,56	7,44	1,10
Chile	80,32	83,19	77,28	5,91	1,08
Colombia	78,26	81,05	75,42	5,62	1,07
Costa Rica	80,98	83,57	78,47	5,10	1,07
Cuba	78,91	81,30	76,66	4,64	1,06
Ecuador	77,83	80,36	75,35	5,01	1,07
El Salvador	75,47	79,07	71,46	7,61	1,11
España	82,97	85,59	80,28	5,31	1,07
Guatemala	72,75	76,03	69,40	6,63	1,10
Honduras	72,67	73,71	71,64	2,07	1,03
México	76,38	79,11	73,71	5,40	1,07
Nicaragua	78,27	81,17	75,25	5,92	1,08
Panamá	78,92	81,98	76,03	5,96	1,08
Paraguay	74,48	77,10	72,09	5,01	1,07
Perú	79,74	81,60	77,80	3,80	1,05
Portugal	80,99	84,03	77,76	6,27	1,08
P. de Andorra	82,52	85,77	79,33	6,44	1,08
R. Dominicana	75,64	78,57	72,88	5,69	1,08
Uruguay	77,33	81,08	73,45	7,64	1,10
Venezuela	75,43	79,79	71,30	8,50	1,12

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 80. Esperanza de vida a los 65 años en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. 2016.

	Ambos sexos	Mujeres (M)	Hombres (H)	Diferencia entre sexos (M-H)	Razón de sexo (M/H)
Argentina	17,84	19,73	15,55	4,18	1,27
Bolivia	16,77	16,93	16,60	0,33	1,02
Brasil	17,78	19,34	16,00	3,34	1,21
Chile	19,95	21,63	17,91	3,71	1,21
Colombia	19,00	20,24	17,58	2,66	1,15
Costa Rica	20,93	22,29	19,50	2,78	1,14
Cuba	18,78	20,23	17,31	2,92	1,17
Ecuador	19,79	20,84	18,67	2,16	1,12
El Salvador	18,84	19,56	17,95	1,60	1,09
España	21,10	22,82	19,17	3,65	1,19
Guatemala	17,85	18,76	16,86	1,91	1,11
Honduras	15,88	16,03	15,73	0,29	1,02
México	18,38	19,48	17,20	2,28	1,13
Nicaragua	19,77	20,98	18,38	2,60	1,14
Panamá	20,25	21,73	18,76	2,98	1,16
Paraguay	16,81	17,90	15,75	2,16	1,14
Perú	20,04	21,06	18,88	2,17	1,12
Portugal	19,83	21,52	17,82	3,70	1,21
P. de Andorra	20,83	23,06	18,46	4,60	1,25
R. Dominicana	18,42	19,65	17,21	2,44	1,14
Uruguay	18,23	20,44	15,54	4,90	1,31
Venezuela	18,54	20,19	16,71	3,48	1,21

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

Tabla 81. Esperanza de vida a los 80 años en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. 2016.

	Ambos sexos	Mujeres (M)	Hombres (H)	Diferencia entre sexos (M-H)	Razón de sexo (M/H)
Argentina	8,30	9,05	7,02	2,02	1,29
Bolivia	7,50	7,55	7,44	0,11	1,02
Brasil	8,18	8,94	7,13	1,81	1,25
Chile	9,91	10,61	8,83	1,78	1,20
Colombia	8,71	9,35	7,89	1,46	1,19
Costa Rica	10,03	10,79	9,13	1,66	1,18
Cuba	9,22	9,98	8,32	1,66	1,20
Ecuador	9,40	9,84	8,87	0,97	1,11
El Salvador	8,47	8,80	8,05	0,74	1,09
España	9,74	10,43	8,74	1,69	1,19
Guatemala	8,15	8,72	7,50	1,21	1,16
Honduras	7,10	7,09	7,12	-0,03	1,00
México	9,28	9,97	8,41	1,56	1,19
Nicaragua	9,10	9,72	8,31	1,41	1,17
Panamá	9,84	10,51	9,10	1,42	1,16
Paraguay	7,61	8,05	7,10	0,96	1,13
Perú	9,32	9,91	8,54	1,37	1,16
Portugal	8,85	9,56	7,78	1,78	1,23
P. de Andorra	9,64	10,72	8,20	2,53	1,31
R. Dominicana	8,34	8,97	7,68	1,29	1,17
Uruguay	8,87	9,77	7,26	2,51	1,35
Venezuela	8,84	9,69	7,64	2,05	1,27

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

La **esperanza de vida en estado de buena salud** (Healthy life expectancy, HALE) es el promedio de años que una persona puede esperar vivir en “plena salud” (es decir, sin una enfermedad grave o una discapacidad) si durante su vida se encuentra sometida a las tasas de mortalidad y morbilidad existentes en un determinado momento. La OMS calcula este indicador para todos los países basándose, por una parte, en los datos de registro de defunción

informados anualmente a la OMS (para los países que no disponen de estos datos, se analizan las fuentes disponibles de encuestas y censos sobre la mortalidad de niños y adultos y se utilizan para estimar las tablas de mortalidad), y, por otra, en los resultados del Estudio de la carga mundial de la enfermedad (Global Burden of Disease Study, GBD), de la Encuesta multinacional de la OMS (MCSS) y de la Encuesta Mundial de Salud (World Health Survey, WHS).

La **esperanza de vida saludable al nacimiento** para ambos sexos en los países de la Región Iberoamericana se situaba, en el año 2016, en una horquilla cuyos valores extremos eran 63,9 años en Guatemala y 72,6 años en España (ver tabla 82). Si se comparan estos datos con los de

la esperanza de vida al nacer, puede concluirse que, en los países de la región, el promedio de años que las personas vivirán en situación de enfermedad grave o discapacidad será de unos 9,6 (10,5 las mujeres y 8,6 los hombres) lo que supone el 12,4% de los años totales de vida esperados.

Tabla 82. Esperanza de vida saludable al nacer en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. 2016.

	Ambos sexos	Mujeres (M)	Hombres (H)	Diferencia entre sexos (M-H)	Razón de sexo (M/H)
Argentina	67,22	69,45	64,91	4,54	1,07
Bolivia	64,00	64,59	63,45	1,14	1,02
Brasil	65,48	68,05	62,96	5,09	1,08
Chile	69,90	71,75	67,98	3,77	1,06
Colombia	69,09	71,08	67,08	3,99	1,06
Costa Rica	71,16	72,85	69,52	3,33	1,05
Cuba	69,19	70,66	67,80	2,86	1,04
Ecuador	68,20	70,02	66,43	3,59	1,05
El Salvador	66,48	69,30	63,36	5,94	1,09
España	72,62	73,98	71,20	2,79	1,04
Guatemala	63,86	66,34	61,41	4,93	1,08
Honduras	64,27	64,78	63,86	0,93	1,01
México	67,06	69,00	65,17	3,83	1,06
Nicaragua	68,92	70,94	66,84	4,10	1,06
Panamá	69,38	71,57	67,33	4,24	1,06
Paraguay	64,96	66,50	63,58	2,93	1,05
Perú	69,84	71,03	68,64	2,39	1,03
Portugal	70,51	72,27	68,65	3,62	1,05
P. de Andorra	71,20	73,03	69,42	3,60	1,05
R. Dominicana	66,41	68,47	64,51	3,95	1,06
Uruguay	67,93	70,49	65,28	5,22	1,08
Venezuela	66,56	69,87	63,46	6,40	1,10

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

La **esperanza de vida saludable a los 65 años** para ambos sexos en los países de la Región Iberoamericana es, en promedio, de 14,5 años, con un mínimo de 12,2 años en Honduras y un máximo de 16,4 años en España (tabla 83). Comparando estos datos con los de esperanza de vida a los 65 años, puede concluirse que, en los países

de la región, el promedio de años que las personas que acaban de cumplir 65 vivirán en situación de enfermedad grave o discapacidad será de unos 4,4 (4,8 las mujeres y 4,0 los hombres) lo que supone el 23,4% de los años que, en promedio, les quedan por vivir a esa edad.

Tabla 83. Esperanza de vida saludable a los 65 años en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. 2016.

	Ambos sexos	Mujeres (M)	Hombres (H)	Diferencia entre sexos (M-H)	Razón de sexo (M/H)
Argentina	13,86	15,37	12,06	3,31	1,27
Bolivia	12,71	12,88	12,55	0,33	1,03
Brasil	13,39	14,48	12,14	2,34	1,19
Chile	15,39	16,71	13,84	2,87	1,21
Colombia	14,67	15,61	13,60	2,01	1,15
Costa Rica	16,02	16,99	15,00	1,99	1,13
Cuba	14,40	15,44	13,37	2,07	1,15
Ecuador	15,09	15,93	14,19	1,74	1,12
El Salvador	14,40	14,99	13,68	1,32	1,10
España	16,35	17,57	14,99	2,58	1,17
Guatemala	13,54	14,24	12,84	1,40	1,11
Honduras	12,20	12,29	12,16	0,13	1,01
México	13,87	14,72	12,97	1,75	1,13
Nicaragua	15,16	16,05	14,16	1,89	1,13
Panamá	15,46	16,60	14,32	2,29	1,16
Paraguay	12,73	13,45	12,03	1,42	1,12
Perú	15,40	16,17	14,55	1,62	1,11
Portugal	15,24	16,43	13,82	2,61	1,19
P. de Andorra	15,73	17,31	14,08	3,23	1,23
R. Dominicana	14,24	15,19	13,33	1,86	1,14
Uruguay	14,16	15,87	12,09	3,79	1,31
Venezuela	14,22	15,47	12,85	2,62	1,20

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

La **esperanza de vida saludable a los 80 años** para ambos sexos en los países de la Región Iberoamericana puede cifrarse, en promedio, en 6,3 años, con un mínimo de 5,0 años en Honduras y un máximo de 7,2 años en Chile (tabla 84). Comparando estos datos con los de esperanza de vida a los 80 años, puede concluirse que, en los países

de la región, el promedio de años que las personas que acaban de cumplir 80 vivirán en situación de enfermedad grave o discapacidad será de unos 2,6 (2,7 las mujeres y 2,3 los hombres) lo que supone el 29,0% de los años que, en promedio, les quedan por vivir a esa edad.

Tabla 84. Esperanza de vida saludable a los 80 años en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. 2016.

	Ambos sexos	Mujeres (M)	Hombres (H)	Diferencia entre sexos (M-H)	Razón de sexo (M/H)
Argentina	6,08	6,65	5,10	1,55	1,30
Bolivia	5,26	5,33	5,17	0,15	1,03
Brasil	5,63	6,15	4,92	1,23	1,25
Chile	7,18	7,71	6,39	1,32	1,21
Colombia	6,21	6,68	5,61	1,07	1,19
Costa Rica	7,07	7,61	6,44	1,17	1,18
Cuba	6,54	7,05	5,93	1,12	1,19
Ecuador	6,68	7,03	6,25	0,78	1,12
El Salvador	5,97	6,23	5,64	0,59	1,10
España	7,00	7,47	6,34	1,13	1,18
Guatemala	5,70	6,11	5,25	0,86	1,16
Honduras	5,00	5,00	5,04	-0,04	0,99
México	6,46	6,96	5,82	1,14	1,20
Nicaragua	6,45	6,89	5,91	0,98	1,17
Panamá	6,93	7,45	6,37	1,08	1,17
Paraguay	5,31	5,61	4,97	0,63	1,13
Perú	6,68	7,12	6,11	1,00	1,16
Portugal	6,32	6,81	5,60	1,21	1,22
P. de Andorra	6,77	7,51	5,78	1,73	1,30
R. Dominicana	6,02	6,49	5,54	0,95	1,17
Uruguay	6,47	7,13	5,29	1,84	1,35
Venezuela	6,24	6,86	5,38	1,48	1,28

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME): Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.

2.4. Personas mayores en situación de discapacidad y dependencia

Aunque existen diferencias importantes entre los países, y las cifras varían según los instrumentos y métodos de estimación (censos, encuestas, registros administrativos), puede estimarse, de acuerdo con el Informe Mundial de la Discapacidad (OMS y Banco Mundial, 2011) que alrededor de un 15% de la población mundial tiene algún nivel de discapacidad. En América Latina, según datos recopilados por la CEPAL (2014), habría unos 70 millones de personas con discapacidad, lo que supone un 12,6% de la población.

Como el Informe Mundial de la Discapacidad pone de relieve, la proporción de personas con discapacidad se incrementa con la edad, debido a la acumulación de riesgos de salud a lo largo de la vida. Se estima que, en todo el mundo, un 25% de quienes tienen entre 55 y 64 años son personas con discapacidad, proporción que aumenta hasta el 37% para el grupo de entre 65 y 74 años, y que llega a superar el 50% para quienes tienen 75 o más años. La prevalencia de la discapacidad en los adultos mayores es más alta en los países con menor nivel de ingreso per cápita, y es más elevada en las mujeres que en los hombres.

Una de las razones de las grandes diferencias por países en los datos disponibles sobre prevalencia de las situaciones de discapacidad deriva de que las estrategias de captación de datos que se utilizan en cada país son muy variadas. Normalmente, cuando la discapacidad se explora utilizando los censos demográficos, el resultado suele subestimar de forma importante la prevalencia de la discapacidad, pues las preguntas sobre discapacidad que se incluyen en los censos son necesariamente muy sintéticas (una sola pregunta o un conjunto muy breve de preguntas, con un número bastante limitado de opciones de respuesta), los entrevistados responden después de haber facilitado mucha y muy variada información sobre otros muchos aspectos y los encuestadores frecuentemente tienen muy limitados conocimientos sobre discapacidad y han recibido una capacitación demasiado somera, pues ha sido necesario reclutarlos en gran número para aplicar simultáneamente el censo en todo el país. Cuando la estimación se realiza a partir de encuestas sobre discapacidad aplicadas a una muestra de la población, suelen producirse resultados más elevados, pues al dedicarse específicamente a investigar la discapacidad, en estas encuestas suelen incluirse más preguntas para identificar las discapacidades,

y estas preguntas tienen, por lo general, un mayor número de opciones de respuesta. La atención de los encuestados no se dispersa con otros asuntos, y los encuestadores tienen una mayor profesionalización que en los censos.

Otra razón de las diferencias en las estimaciones nacionales de discapacidad es la falta de homogeneidad del concepto de discapacidad utilizado y de la forma de operativizarlo. Cuando el foco se pone en las deficiencias, los resultados suelen ser más bajos que cuando se investigan las restricciones de actividad, sobre todo si el énfasis se sitúa en las deficiencias más severas (como ocurre, por ejemplo, cuando entre las opciones de respuesta se ofrecen las categorías “ceguera” o “sordera” en lugar de “deficiencias visuales” o “deficiencias auditivas”). También influye el número, la descripción y la amplitud de las categorías de deficiencia o de restricción de actividad investigadas: no es lo mismo hacer una pregunta genérica sobre las dificultades para la movilidad que incluir varias preguntas que exploren diferentes aspectos de la movilidad, como la dificultad para moverse dentro de casa, para salir de la casa y para caminar largas distancias, como por ejemplo un kilómetro.

La Organización Mundial de la Salud ha publicado recientemente sus estimaciones para el período 2000-2015 de la carga de la enfermedad desagregada por causa, edad y sexo, por países y regiones (World Health Organization, 2016: *Global Health Estimates 2015. Burden of disease by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015*). Estas estimaciones nos permiten contar con datos comparables para todos los países de la Región Iberoamericana (con la excepción del Principado de Andorra), elaborados con una metodología común.

Las estimaciones de la carga de la enfermedad de la OMS ofrecen información sobre los **años vividos con discapacidad** (que, como se detalla en el apartado 2.2 de este informe, es una medida de la carga de la enfermedad que se calcula multiplicando la prevalencia de cada trastorno por un factor de ponderación que expresa la pérdida de salud a corto o largo plazo asociada con ese trastorno). En la tabla 85 se recoge información sobre los años vividos con discapacidad como proporción de los años de vida totales para personas de 60 y más años en los países de la Región Iberoamericana, dato que puede ser interpretado como un indicador de prevalencia ponderado por gravedad de las situaciones de discapacidad que afectan a los adultos mayores. Para las personas de entre 60 y 69 años de toda la región (promedio ponderado de 21 países), los años vividos con discapacidad suponen el 16,4% de los años de vida totales, proporción que se eleva hasta el 24,2% entre las personas de 70 y más años.

Las menores proporciones de años vividos con discapacidad se registran en España, Portugal, Argentina, Uruguay,

Chile y Costa Rica, y las más elevadas en Guatemala, Honduras, Brasil, Venezuela, Paraguay, El Salvador y Bolivia. El país con la menor proporción de años vividos con discapacidad entre las personas de 60 y más años es España (13,6% en personas de entre 60 y 69 años y 20,1% en personas de 70 años y más), y el que presenta las mayores proporciones de años vividos con discapacidad por las personas adultas mayores es Guatemala (18,7% en personas de entre 60 y 69 años y 28,7% en personas de 70 años y más).

El incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas y limitaciones funcionales que se da como parte del propio proceso de envejecimiento, tiene como consecuencia el crecimiento del porcentaje de personas en situación de dependencia, es decir, que requieren ayuda para desarrollar las actividades de la vida diaria. En un informe reciente promovido por el Banco Interamericano de Desarrollo (Aranco y otros, 2018) se aportan datos sobre situaciones de dependencia en adultos mayores en algunos países

Tabla 85. Años vividos con discapacidad como proporción de los años de vida totales para personas de 60 y más años en los países de la Región Iberoamericana, por sexo y grandes grupos de edad. 2015. (Porcentajes).

Países	Ambos sexos (años)		Mujeres (años)		Hombres (años)	
	60 - 69	70 y más	60 - 69	70 y más	60 - 69	70 y más
Argentina	15,4	22,7	15,3	22,5	15,5	23,1
Bolivia	17,0	26,1	16,9	25,8	17,2	26,4
Brasil	17,5	26,3	17,8	26,3	17,2	26,3
Chile	15,5	23,6	15,6	23,4	15,4	23,8
Colombia	16,2	25,3	16,7	25,7	15,5	24,7
Costa Rica	15,2	23,7	15,8	24,0	14,7	23,3
Cuba	15,9	24,2	16,1	24,2	15,7	24,2
Ecuador	17,2	25,8	16,9	25,1	17,4	26,6
El Salvador	17,3	26,2	17,9	26,8	16,5	25,5
España	13,6	20,1	13,5	20,3	13,7	19,9
Guatemala	18,7	28,7	19,3	29,5	18,0	27,7
Honduras	16,7	26,4	17,4	27,1	15,9	25,7
México	16,5	25,0	16,8	25,3	16,2	24,6
Nicaragua	16,5	26,0	16,9	26,4	16,1	25,5
Panamá	16,2	24,9	16,7	25,1	15,8	24,8
Paraguay	17,7	26,2	18,0	26,2	17,3	26,1
Perú	16,0	24,3	15,6	23,8	16,3	25,0
Portugal	14,2	20,9	14,3	21,2	14,1	20,6
Rep. Dominicana	16,1	25,3	16,2	25,0	16,0	25,7
Uruguay	15,4	23,4	15,4	23,3	15,5	23,7
Venezuela	17,7	26,2	17,6	26,0	17,8	26,5
Promedio ponderado (21 países)	16,4	24,2	16,5	24,2	16,2	24,2

Fuente: World Health Organization, 2016: Global Health Estimates 2015. Burden of disease by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015.

de la región iberoamericana en los que determinadas encuestas nacionales han investigado esa situación (Chile, Costa Rica, México, Paraguay, El Salvador y Uruguay). A partir de esos datos se concluye que, con la edad, se incrementa de forma notable la incidencia de dificultades para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria, particularmente después de los 80 años. La dependencia es, en todos los países para los que se dispone de datos, bastante más elevada en el caso de las mujeres.

El informe citado incluye una estimación del número de personas adultas mayores en situación de dependencia

en América Latina y el Caribe en 2015, calculada a partir de las tasas de dependencia existentes en los seis países en los que existen datos, que cifra en casi ocho millones el número de personas de 60 años o más dependientes, lo que supone más del 1% de la población total de América Latina y el Caribe, y un 11% de los individuos en ese grupo de edad. Con esos mismos criterios, hemos elaborado una estimación para la Región Iberoamericana, que se recoge en la tabla 86, según la cual el número de personas de 60 y más años en situación de dependencia superaría los 10 millones.

Tabla 86. Estimación del número de personas de 60 o más años en situación de dependencia en los países de la Región Iberoamericana, por sexo (miles). Año 2015.

	Mujeres	Hombres	Total
Argentina	536	238	774
Bolivia	70	41	111
Brasil	1.745	878	2.623
Chile	198	103	300
Colombia	361	191	552
Costa Rica	86	48	134
Cuba	153	90	244
Ecuador	111	65	175
El Salvador	20	8	28
España	830	431	1.261
Guatemala	80	45	125
Honduras	40	24	64
México	1.422	992	2.413
Nicaragua	35	18	53
Panamá	30	18	48
Paraguay	17	8	24
Perú	221	122	343
Portugal	210	104	314
P. de Andorra	1	1	2
República Dominicana	70	43	114
Uruguay	35	11	46
Venezuela	203	108	311
Total general	6.475	3.587	10.059

Fuente: Elaboración propia a partir de Aranco y otros (2018): Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe.

3 | **Atención sanitaria de las personas adultas mayores**





3.1. Acceso a sistemas de salud y tratamientos

La totalidad de las Constituciones de los países iberoamericanos declaran el derecho a la protección de la salud para todos los ciudadanos, y algunas establecen, además, garantías para asegurar el derecho de acceso libre, igualitario y, en algunos casos gratuito, a los servicios públicos de salud. Por su parte, la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores³ establece, en su artículo 19 (Derecho a la salud) que la persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación, y declara la obligación de los Estados Parte de diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud, orientadas a una atención integral, que incluyan la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.

Las opciones para asegurar el acceso universal a la protección de la salud son diversas, aunque pueden resumirse en dos concepciones contrapuestas: la orientación conocida como “Cobertura Universal de Salud” (CUS), promovida por instituciones supranacionales, como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, y por gobiernos de ideología liberal, que sostiene que el acceso universal a la protección de la salud puede lograrse a través de seguros obligatorios, privados o públicos, que segmentan a la población según su nivel adquisitivo o su tipo de relación laboral, que cubren un paquete restringido de servicios, y la orientación denominada “Sistema Único de Salud” (SUS), promovida por gobiernos progresistas y fuerzas de izquierda, que aboga por un sistema único, público y gratuito de salud para garantizar el acceso universal a la protección de la salud. La primera orientación considera que la salud es, en lo fundamental, responsabilidad del individuo y que la atención en salud ha de ser financiada por particulares y empleadores, por lo que no debe constituir una responsabilidad financiera primordial del Estado, salvo en lo que atañe a la atención a los grupos en extrema pobreza o en situación de riesgo. La segunda orientación, por el contrario, considera al Estado responsable de garantizar el derecho a la salud para todos los ciudadanos, sin distinción alguna, y que la atención a la salud ha de ser financiada mediante impuestos.

Los ejemplos más representativos de la orientación CUS en América Latina, basada en los seguros de salud, son los de Chile, Colombia y México, mientras que como paradigma de la orientación SUS suelen citarse los casos de Cuba y de Brasil, cuya constitución de 1988 plantea el derecho a la salud como obligación del estado y lo garantiza con el establecimiento de un sistema único, público y gratuito. El modelo implantado en España por la Ley General de Sanidad de 1986, que declara que son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, también es un ejemplo de la orientación SUS.

En las páginas siguientes se describen los sistemas de salud de los países iberoamericanos y la forma en que tratan de garantizar el acceso a la protección de la salud al conjunto de la ciudadanía en general y a las personas adultas mayores en particular. Más adelante, en la sección 3.2, se presentan los programas específicos de salud para las personas adultas mayores existentes en los países de la región.

3.1.1. Argentina

El sistema de salud argentino está integrado por tres subsistemas o sectores: el sector público (hospitales nacionales, provinciales y municipales, y centros de salud que atienden necesidades sanitarias de baja complejidad, en el marco de la descentralización municipal), el sector del seguro social obligatorio, compuesto por las obras sociales nacionales y provinciales, y el sector privado, integrado por las empresas de medicina prepaga y por los prestadores de servicios de salud y los profesionales independientes que atienden a particulares y a los beneficiarios de las obras sociales y de los seguros privados. El resultado es un sistema de salud complejo y fragmentado, caracterizado por la multiplicidad de instituciones y actores. Esta fragmentación está determinada, en gran parte, por la organización federal del país, ya que cada una de las 23 provincias retiene su autonomía y responsabilidad constitucional para ejercer las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de los servicios de salud. A su vez, la seguridad social se ha desarrollado históricamente en forma desintegrada, con un centenar de entidades.

La fragmentación del sistema de salud argentino se da tanto en lo referente a la cobertura (dado que no toda la población tiene acceso a prestaciones y beneficios de

³ En el momento de redactar este informe la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores había sido ratificada por Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, El Salvador y Uruguay.

salud similares) como en materia regulatoria (las capacidades de rectoría y regulación están repartidas en las 24 jurisdicciones y los diversos subsectores) y a nivel territorial (debido a las marcadas diferencias de desarrollo económico existentes entre las diversas regiones de la nación). La autoridad sanitaria nacional tiene una limitada capacidad para influir en los poderes provinciales a la hora de imponer innovaciones legislativas que deriven en modificaciones estructurales, y esto hace que la única vía para generar tales modificaciones sea a través del logro de consensos muy amplios, como los que se han intentado crear a través de planes federales de salud y fortaleciendo el papel del Consejo Federal de Salud (COFESA). Entre los objetivos nacionales en el área de la salud destacan la cobertura universal de salud, el desarrollo de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y la creación de un sistema de acreditación de la calidad.

En el sector público prima el principio de ciudadanía, según el cual el Estado tiene la obligación de asegurar el acceso universal a la salud. En la mayor parte de los casos, los hospitales y los centros de salud del sector público atienden las demandas de las personas con menos recursos económicos, que no cuentan con otra forma de cubrir sus necesidades de salud, al no estar afiliados a obras sociales o no han contratado un servicio de medicina prepaga. También atienden a personas que cuentan con obra social o medicina prepaga, cuando éstas optan por ello.

El funcionamiento del sector compuesto por las obras sociales se rige por el principio contributivo, de acuerdo con el cual el acceso al sistema de salud está condicionado por la relación de trabajo y por la contraprestación. La prestación del servicio, en este caso, se hace a través de hospitales y centros de salud propios de la obra social respectiva o mediante la contratación con prestadores privados (clínicas, sanatorios, farmacias, médicos, etc.).

El funcionamiento de la medicina privada se rige por la lógica del mercado: aseguramiento voluntario de la salud, en el caso de la medicina prepaga, y pago por servicio a los prestadores y profesionales independientes.

La Ley 26.682, promulgada en mayo de 2011, y reglamentada mediante Decreto 1993/11, constituye el marco regulatorio actual de las empresas de medicina prepaga. Esta regulación incluye algunas garantías para las personas mayores usuarias de la medicina prepaga, como la previsión contenida en el artículo 11 de que la edad no puede ser motivo de rechazo de una afiliación, y las disposiciones del artículo 12, referidas a personas mayores de 65 años, según las cuales que la autoridad de aplica-

ción establecerá los “porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios” a partir de esa edad, prohibiendo el aumento de las cuotas a aquellos mayores de 65 que tengan diez años de antigüedad en la empresa de medicina prepaga, y encomendando a la Superintendencia de Servicios de Salud la definición de una matriz de cálculo actuarial de ajuste por riesgo para quienes no cumplan ese requisito.

Tanto las obras sociales como las empresas de medicina prepaga deben brindar a sus asociados, como mínimo y desde el momento mismo de su afiliación, las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO). El PMO, que está basado en los principios de la atención primaria de la salud, privilegia la preservación de la salud antes que las acciones curativas, reforzando los programas de prevención, y brindando una cobertura integral a través de un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud. Contempla tres niveles:

- En el primer nivel del PMO se incluyen las prestaciones relativas al diagnóstico, consultas programadas y de urgencia, las emergencias en domicilio, traslados, la atención médica en procedimientos ambulatorios, ya sean clínicos en general y los de salud mental (en este caso con limitaciones anuales), rehabilitación ambulatoria, kinesiología, odontología (con límites), anteojos (con límites), plan materno infantil, descuento para medicamentos, etcétera.
- Para el segundo nivel se prevén las internaciones sin límite temporal y con cobertura total, internaciones en tratamientos de salud mental (en este caso con límite anual), internaciones con el plan materno infantil, traslado de pacientes internados, prótesis e implantes, medicamentos oncológicos, hemodiálisis, hormona de crecimiento, implante coclear, etcétera.
- El tercer nivel comprende las prestaciones de alta complejidad subsidiadas con recursos del Fondo Solidario de Redistribución, que son de cobertura obligatoria para los agentes del seguro de salud.

Los principales objetivos en materia de salud están concentrados en el avance hacia la cobertura universal, en términos de acceso efectivo a servicios de calidad para toda la población sin distinciones de ningún tipo. Un aspecto importante para la consecución de estos objetivos es la actualización del conjunto de beneficios del PMO, a partir de la evidencia de su impacto y efectividad, y la intención de hacerlos universales, con el objetivo de fortalecer la estrategia de atención primaria en la salud y las redes integradas de servicios.

3.1.2. Bolivia

El sistema de salud está compuesto, en Bolivia, por múltiples entidades del sector público y privado que cumplen distintas funciones, como rectoría, financiamiento, aseguramiento, compra y prestación de atención de salud.

Entre las entidades públicas cabe distinguir el subsector público y el subsector de la seguridad social a corto plazo. El llamado subsector público es administrado mediante distintos niveles nacionales: el Ministerio de Salud se encarga de la gestión normativa a nivel nacional y los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) administran el subsector a ese nivel. En el caso de los municipios, la estructura estatal en el ámbito de la salud reconoce a la máxima autoridad ejecutiva municipal como responsable de la gestión local. Las redes municipales de salud cuentan con establecimientos de primer y segundo nivel de atención. El primer nivel cuenta con los consultorios médicos de “Mi Salud”, cogestionados por el Ministerio de Salud y el Gobierno Autónomo Municipal correspondiente. Las redes departamentales de salud incluyen a varias redes municipales de salud y a hospitales de mayor complejidad.

El subsector público cubre principalmente a la población que no se encuentra asegurada en alguna entidad del Seguro Social Obligatorio a Corto Plazo. El subsector de la seguridad social de corto plazo está integrado por las entidades gestoras (Cajas de Salud) encargadas de otorgar un conjunto de prestaciones en especie (Seguro de salud por Enfermedad y Maternidad) y en dinero (bajas laborales por maternidad y enfermedad, riesgo laboral, entre otras) a los trabajadores formales afiliados a las mismas. El Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo cuenta con establecimientos propios.

El sector privado incluye entidades con fines de lucro y otras sin fines de lucro (como las iglesias y las organizaciones no gubernamentales) que otorgan servicios de salud. También existen, aunque aún de manera incipiente, aseguradoras privadas que brindan cobertura de salud. Finalmente, la medicina tradicional boliviana constituye un importante componente del Sector que en la última década ha sido reconocida y articulada al Sistema Nacional de Salud.

En el área de atención de la salud, Bolivia aplica el principio de atención integrada a lo largo de la vida, que incluye a personas de todos los grupos etarios en base a protocolos de atención preestablecidos. La Ley N° 475, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral (2013), que prioriza la regulación de la atención integral y protección financiera en salud, además de establecer las bases para la universalización de la atención, establece como beneficiarias de la atención integral y protección financiera de

salud a todos aquellos que no cuenten con algún seguro de salud y estén dentro de los grupos poblacionales especificados, dentro de los que se incluye a todas las personas a partir de los 60 años de edad. La atención incluye acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico y provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales.

Las personas antes mencionadas pueden acceder a los servicios de salud a través de los establecimientos de salud de primer nivel de los subsectores públicos, de la seguridad social a corto plazo y privados bajo convenio en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI). El acceso al segundo nivel será mediante referencia del primer nivel, y al tercer nivel por referencia del segundo necesariamente. La Ley N°475 dispuso la revocación del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM).

En los últimos años, Bolivia ha incrementado su capacidad de atención mediante el despliegue territorial de más de 2,7 millares de consultorios de atención primaria que dan acceso al 25% de la población más vulnerable en atención de primer nivel con un abordaje preventivo, de diagnóstico precoz y abordaje de determinantes con directa participación de las organizaciones territoriales de base.

Los principales lineamientos políticos para la atención de la salud de los adultos mayores están incluidos en el Plan Multisectorial de Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores 2016-2020, articulado por el Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional (MJTI), que involucra a organizaciones de personas adultas mayores, entidades territoriales autónomas, e instituciones públicas y privadas. El MJTI cuenta además con una instancia de coordinación intergubernamental con la participación todos los ámbitos locales y autónomos de gobierno, el Consejo de Coordinación Sectorial “Por Una Vejez Digna”, con funciones consultivas.

El Plan Multisectorial de Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores 2016-2020 se estructura en pilares, ejes y políticas. El eje 1 del tercer pilar (Salud, Educación y Deporte para la formación de un ser humano integral) se dedica a la atención de la salud de las personas adultas mayores, y comprende las siguientes políticas:

- **Política 1:** Atención especializada, con calidad y calidez en los Servicios de Salud.
- **Política 2:** Promoción de estrategias de prevención en salud, así como una cultura de vejez y envejecimiento activo.

- **Política 3:** Acceso de las Personas Adultas Mayores a la actividad física y el deporte.
- **Política 4:** Promoción y fomento de un modelo de atención familiar comunitario para las personas adultas mayores, basado en la política de Salud familiar comunitaria e intercultural (SAFCI) del Estado Plurinacional.
- **Política 5:** Acceso a medicamentos y uso de la medicina tradicional ancestral boliviana.

El Plan identifica una serie de metas en relación con este eje, entre las que destaca el logro del acceso universal al servicio de salud, mediante la implementación del Servicio de Salud Universal. También se fija como meta la integración de la salud convencional y ancestral con personal altamente comprometido y capacitado, mediante la construcción, ampliación y equipamiento de institutos de salud y hospitales.

El Programa Nacional de VIH/SIDA es de carácter universal e incluye a los adultos mayores en todas sus actividades y prestaciones, las cuales abarcan diagnóstico, monitoreo y tratamiento con medicamentos antirretrovirales y apoyo nutricional. En el 2016 se reportó que el 54% de los atendidos por este programa son mayores de 50 años.

Los adultos mayores con discapacidades disponen de cobertura en base a las leyes 223 (Ley General para Personas con Discapacidad) y 475 (Ley de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia).

3.1.3. Brasil

El Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil fue creado por la Constitución Federal de 1988, que reconoció el derecho a la salud como un derecho ciudadano. Los principios que definen las políticas del SUS son el acceso universal e integral a los servicios de salud (que se organizan de forma regionalizada y jerarquizada), la promoción de la equidad, la descentralización de la gestión y la participación social. La gestión del sistema es compartida por los tres niveles de gobierno, a través del Ministerio Salud a nivel federal, las secretarías estatales de salud y las secretarías municipales de salud, y la financiación es también compartida, al basarse en recursos provenientes de impuestos y contribuciones federales, estatales y municipales. La red de servicios que ofrece el SUS se compone de unidades públicas propias y de servicios privados concertados, preferentemente sin ánimo de lucro. La participación social se promueve a través de los consejos de salud, que funcionan permanentemente en los tres niveles de gobierno, además de otros mecanismos para recoger las demandas ciudadanas, como la procuraduría.

El marco jurídico del SUS prevé que la asistencia sanitaria está abierta a las iniciativas privadas, tanto en régimen de pago directo como por medio de planes y seguros de salud. Estas iniciativas constituyen el denominado subsistema de atención complementaria, que atiende a cerca del 25% de la población brasileña. Este subsistema se regula y fiscaliza a través de la Agencia Nacional de Atención Complementaria (ANS), principalmente en lo relativo a los aspectos contractuales, la garantía de cobertura de la cartera de servicios, la calidad de la atención, los ajustes de precios y la sostenibilidad financiera.

En el 2016, el gobierno federal lanzó un nuevo Plan Nacional de Salud para el período 2016-2019, cuyo objetivo central es la "ampliación y calificación del acceso universal en tiempo oportuno, para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud, la promoción de la equidad y la calidad de vida de los brasileños".

La Política Nacional de Salud de la Persona Anciana (PNS-PI), formulada inicialmente en 1999, actualizada en 2006 e integrada en 2017 en la Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de septiembre, que consolida normas sobre las políticas nacionales de salud del Sistema Único de Salud, define que la atención a la salud de los adultos mayores tiene como puerta de entrada la Atención Primaria / Salud de la Familia, y como referencia la red de servicios especializada de media y alta complejidad. La finalidad primordial de la Política Nacional de Salud de la Persona Anciana es recuperar, mantener y promover la autonomía y la independencia de todos los ciudadanos y ciudadanas brasileños con 60 años o más de edad, dirigiendo medidas colectivas e individuales de salud para ese fin, en consonancia con los principios y directrices del Sistema Único de Salud.

La PNSPI establece como directrices la promoción del envejecimiento activo y saludable; la atención integral e integrada a la salud de la persona adulta mayor; el estímulo a las acciones intersectoriales, promoviendo la integralidad de la atención; la provisión de recursos capaces de asegurar la calidad de la atención a la salud; el estímulo a la participación y al fortalecimiento del control social; la formación y educación permanente de los profesionales de salud del Sistema Único de Salud (SUS) en el área de salud de la persona anciana; la divulgación e información sobre la Política Nacional de Salud de la Persona Anciana para profesionales de salud, gestores y usuarios del SUS; la promoción de la cooperación nacional e internacional de las experiencias en la atención a la salud de la persona adulta mayor, y el apoyo al desarrollo de estudios e investigaciones.

El Ministerio de Salud ha elaborado un documento con orientaciones técnicas para la implementación de línea de cuidado a las personas mayores en el SUS, que ha

sido sometido a consulta pública durante 2017 (<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/Linha-cuidado-VERSAO-CONSULTA-PUBLICA-07nov2017.pdf>), que operacionaliza las directrices de la atención integral a la salud de la persona mayor para tres perfiles de funcionalidad: personas independientes y autónomas para realizar las actividades de la vida diaria, personas con necesidad de adaptación o supervisión de terceros para realizar las actividades de la vida diaria, y personas dependientes de terceros para realizar las actividades de la vida diaria. La estratificación de la población anciana, a partir de una comprensión y evaluación multidimensional, es útil tanto para la organización de acciones de salud dirigidas al colectivo, que contemplan las necesidades generales de los diferentes perfiles de la población, como para identificar y planificar intervenciones específicas, dirigidas a cada uno de los estratos de forma singular.

Las orientaciones técnicas combinan una perspectiva “macro”, que busca la estructuración de políticas públicas amplias, ofreciendo cuidados generales y colectivos, con la perspectiva “micro”, que promueve a la identificación de las condiciones y necesidades de cada sujeto en su singularidad, permitiendo la construcción de proyectos terapéuticos específicos. Esta perspectiva “micro”, centrada en cada individuo y operativizada a través de la valoración multidimensional de las personas adultas mayores y la formulación de un proyecto terapéutico personalizado que llevan a cabo los equipos de Atención Básica, los Agentes Comunitarios de Salud, los equipos de Núcleos Ampliados de Salud de Familia y Atención Básica (NASF-AB), los equipos de Consultorios de Calle y las Unidades Básicas de Salud, permite identificar señales de alerta o eventos centinela, que anuncian situaciones que demandan intervenciones oportunas a fin de evitar o minimizar las posibilidades de declinación o pérdida funcional.

Para garantizar la implementación de la línea de cuidado en la Red de Atención a la Salud, el documento desarrolla previsiones referidas tanto a la organización de la gestión como a las capacidades y funcionamiento de los equipos de salud: formación permanente de los profesionales de los equipos, creación de espacios colegiados de decisión, organización de los procesos de trabajo en la red y en cada punto de atención, creación de espacios de articulación intersectorial en los diferentes territorios, articulación con la sociedad civil organizada, registro y sistematización de datos sobre las condiciones de salud de las personas ancianas para fundamentar la planificación y toma de decisiones, definición de indicadores para la monitorización y evaluación de la implementación y de los resultados de la línea de cuidados, etc.

3.1.4. Chile

Chile mantiene un sistema de salud segmentado por riesgos e ingresos. En lo referente a los riesgos, existe un seguro obligatorio de salud para enfermedades comunes, gestionado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE); un seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, ejecutado por entidades públicas y privadas; y seguros voluntarios, ejecutados por compañías de seguros privados y algunos prestadores de salud y supervisados por la Superintendencia de Valores y Seguros, que cubren copagos del seguro obligatorio común, gastos catastróficos, atención en centros médicos cerrados y otros beneficios (por ejemplo, los asociados a la salud dental). Por lo que respecta a los ingresos, en el seguro obligatorio de salud para enfermedades comunes, las personas de mayores ingresos pueden salir del esquema solidario, gestionado por FONASA y llevar su cotización a fondos privados separados y estancos, gestionados por las ISAPRE, que basan su relación contractual en el riesgo. Las Fuerzas Armadas y las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública cuentan con esquemas propios de atención de la salud.

El sistema público está focalizado en la atención primaria de salud, brindando servicios de promoción, prevención y atención médica, dentales, de enfermería y de derivación hacia la atención secundaria y terciaria. El sector privado, por el contrario, en cambio, basa su provisión sobre todo en servicios secundarios de especialidad y terciarios.

El sistema se financia con una cotización del 7% de las remuneraciones (con un tope de 3.000 dólares anuales) a cualquiera de los fondos existentes, que es obligatoria para los trabajadores formales y lo será también, a partir de 2018, para todos los trabajadores independientes que emitan boletas de honorarios, y con un aporte fiscal para FONASA, que cubre la atención de aquellas personas que no pueden cotizar. En las ISAPRE, la prima del 7%, se complementa con una prima fija para financiar las garantías explícitas de salud y una prima adicional que compensa cualquier diferencia de la suma anterior con el riesgo esperado en cada contrato, de forma que las primas resultan ser muy variables, ascendiendo la cotización media a más del 10% de la renta personal.

La gobernanza y la regulación son ejercidas por el Ministerio de Salud, que también es responsable del marco regulatorio. La provisión universal de servicios de salud pública se realiza a través de las autoridades sanitarias, compuestas por las secretarías regionales ministeriales de salud, el Instituto de Salud Pública y el Ministerio y la Superintendencia de Salud, todos ellos financiados por impuestos generales. Las prestaciones comprenden el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública

y otras intervenciones, por ejemplo, las inmunizaciones y el programa de alimentación complementaria. Por su parte, el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) coordina las funciones del sector público prestador, compuesto de 29 servicios descentralizados, distribuidos en las 15 regiones del país, y el sistema de atención primaria, mayormente municipal.

Según datos de 2015, FONASA atendía al 80% de los asegurados del seguro obligatorio de salud para enfermedades comunes, los esquemas de las Fuerzas Armadas y de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública a un 4% y las ISAPRE al 16% restante. Sin embargo, el segmento privado ocupa cerca de la mitad de los recursos que se gastan en salud en el país, que representan cerca del 8% del PIB.

En 2010, el Tribunal Constitucional eliminó las disposiciones legales que permitían explícitamente a las ISAPRE ajustar por sexo y edad las primas al vender sus planes, aduciendo que diferenciar de ese modo entre personas era discriminatorio y, por tanto, inconstitucional. Sin embargo, las ISAPRE han continuado realizando prácticas de discriminación de riesgos, y han seguido elevando los precios de forma unilateral. Por otra parte, tal y como señaló en 2014 el informe final de la Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado, el sistema ISAPRE ha estado implícitamente soportado por el sistema público, que asume a las personas que desplazan las ISAPRE cuando éstas ofrecen mayores posibilidades de gasto (en general, las personas dejan el sistema ISAPRE cuando adquieren una enfermedad o envejecen). Como consecuencia, el sistema ISAPRE presenta una muy baja proporción de adultos mayores.

La “Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020” incluye entre sus lineamientos la mejora del estado de salud funcional de los adultos mayores, detallando, a tal fin, diversas acciones entre las que se incluye el fortalecimiento del primer nivel de atención en salud a través de la capacitación de los equipos de salud; la aplicación del Examen Funcional del Adulto Mayor (EFAM) como instrumento para evaluar de forma integral su salud y elaborar planes de atención y cuidado; y la garantía de la atención de un grupo de 80 patologías frecuentes en los adultos mayores afiliados al sistema privado (ISAPRES) o público (FONASA) de aseguramiento en salud.

Para alcanzar los objetivos sanitarios para la década, abordar los principales problemas de salud existentes y responder a las necesidades de las personas mayores en Chile, el Ministerio de Salud ha identificado las siguientes líneas estratégicas a abordar como Programa de Salud de las Personas Mayores entre 2013 y 2020:

- **Línea estratégica 1:** Abogacía y fortalecimiento del trabajo intersectorial para atender las necesidades de las personas mayores en salud, favoreciendo su calidad de vida y participación social.
- **Línea estratégica 2:** Comunicación social y participación de los medios de difusión.
- **Línea estratégica 3:** Elaboración y difusión de documentos regulatorios: normas técnicas, guías clínicas, orientaciones técnicas y protocolos de atención que permitan la articulación de la red asistencial en beneficio de las personas mayores.
- **Línea estratégica 4:** Organización de la oferta de servicios en salud, sobre la base del modelo de atención integral de las persona mayor, con aseguramiento de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención en la red asistencial.
- **Línea estratégica 5:** Implementación de intervenciones basadas en la familia y la comunidad que favorezcan la integración social y el nivel de participación de las personas mayores.
- **Línea estratégica 6:** Desarrollo de Recursos Humanos.
- **Línea estratégica 7:** Fortalecimiento de sistemas de información confiable.
- **Línea estratégica 8:** Aporte financiero consistente, permanente e incremental en concordancia con las necesidades detectadas, prioridades programáticas y la progresión del desarrollo del programa.

Además de las atenciones brindadas en la esfera del Ministerio de Salud, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), adscrito al Ministerio de Desarrollo Social, ejecuta varios programas dirigido a la mejora de las condiciones de vida de la población adulta mayor, incluyendo el Programa de Centros Diurnos de Atención, apoyo a cuidados domiciliarios, subsidio a Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) sin fines de lucro, y organización de actividades culturales, de recreación y esparcimiento para la promoción del “envejecimiento activo”.

3.1.5. Colombia

El sistema de salud colombiano está compuesto por un sector de seguridad social y por un sector privado. Su eje es el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que incluye dos regímenes: contributivo y subsidiado, aunque algunos miembros de instituciones específicas pertene-

cen a un régimen especial. El régimen contributivo afilia a trabajadores asalariados, pensionados e independientes, y el subsidiado a las personas sin capacidad de pago. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria y se hace a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) públicas o privadas. Las EPS entregan las contribuciones por cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que les retorna el monto de la unidad de pago por capitación ajustada por riesgo, de acuerdo con su afiliación. Los proveedores de atención son las Instituciones Prestadoras de Servicios, que pueden estar integradas o no en las EPS. El sector exclusivamente privado es utilizado por la población mediante la contratación de seguros de servicios de salud y el pago de bolsillo. El ente encargado de promover el mejoramiento de la calidad en la atención en salud y fortalecer la inspección, la vigilancia y el control del aseguramiento en materia de salud es la Superintendencia Nacional de Salud.

Las personas encuadradas en el régimen contributivo se afilian mediante cotizaciones propias o de sus empleadores a las Entidades Promotoras de Salud (EPS); para recibir atención en el régimen subsidiado es necesario estar incluido en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), una herramienta que, a través de un puntaje, clasifica a la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas. Para ambos casos se ofrece un Plan Obligatorio de Salud a los usuarios, que es más amplio en el caso del régimen contributivo. La prestación de los servicios la llevan a cabo las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las cuales pueden ser de carácter público, privado o mixto.

En febrero del 2017 entró en vigencia plena la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751), que ha dado un plazo de dos años para remplazar el Plan Obligatorio de Salud por un plan de beneficios general, donde todas las patologías estarán cubiertas, y que permitirá a los usuarios recibir del sistema de salud todo lo que el médico les prescriba, con algunas excepciones específicas relacionadas con los tratamientos cosméticos y con procedimientos experimentales.

Aunque la cobertura del sistema de salud colombiano ha aumentado sustancialmente, principalmente por el crecimiento de la afiliación al sistema de salud subsidiado, llegando actualmente a casi el 98% de la población, esta mayor cobertura no se ha traducido en un acceso efectivo y oportuno de todos los colombianos a servicios de calidad, debido a las trabas administrativas, la negación de tratamientos, los largos tiempos de espera y las desigualdades existentes (las redes de las diferentes EPS no garantizan el mismo nivel de calidad, resolutivez, y seguridad).

La atención sanitaria de los adultos mayores es preferencial, de acuerdo con lo establecido en la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2014-2024 (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014), que parte del reconocimiento de tres pilares básicos de las políticas dirigidas hacia adultos mayores: seguridad de ingresos, atención básica de salud y organización de servicios de cuidado. Para hacer efectiva esta atención preferente se han dictado diversas normas, entre las que cabe destacar la Resolución 482 de 2016, por la que el Ministerio de Salud estableció que la cédula de ciudadanía expedida por la Registraduría Nacional será el único requisito para que los adultos mayores reciban atención médica, y que en ningún caso podrán negarse los servicios de atención a una persona adulta mayor por razones administrativas o económicas.

Por otra parte, el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012 – 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2013) que es la guía fundamental de las políticas de salud en el país, contempla como una de sus dos dimensiones transversales la “gestión diferencial de poblaciones vulnerables prioritarias establecidas”, y una de las áreas que aborda esta dimensión es la de Envejecimiento y Vejez, para lo cual diseña varias estrategias dirigidas al fomento de la calidad de vida de los adultos mayores con un enfoque de derechos y bajo una perspectiva de determinación social de la salud. Entre estas estrategias destacan las siguientes:

- Fortalecimiento del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez para Colombia, para la identificación de líneas de base, seguimiento y evaluación de la estrategia y políticas dirigidas al bienestar de la población adulta mayor y a la promoción del envejecimiento activo.
- Fortalecimiento de las temáticas de investigación y desarrollo tecnológico relacionadas con el envejecimiento en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Definición de líneas de investigación en envejecimiento y vejez que involucren a las instituciones gubernamentales, no gubernamentales, la sociedad civil, la academia, la Cooperación Internacional y el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez.
- Cualificación del talento humano.
- Redefinición de los programas de atención integral para el mejoramiento de la prestación de servicios de salud y asistencia social con enfoque diferencial de género, ciclo de vida y pertenencia étnica y territorialidad.

- Desarrollo de procesos educativos sobre envejecimiento activo y de estrategias intergeneracionales que generen conciencia sobre la importancia de envejecer activamente.
- Desarrollo de estrategias de atención primaria en salud en las instituciones de promoción y protección social pública y privada que brindan servicios sociales a las personas mayores.
- Desarrollo de la política nacional de apoyo y fortalecimiento de las familias para lograr reducir el maltrato y el abandono de las personas mayores.
- Promoción de mecanismos de comunicación que generen una imagen favorable de la población adulta mayor, y fortalecimiento de los mecanismos y estrategias que favorezcan el acceso al conocimiento, educación y capacitación de las personas mayores.
- Fomento de mecanismos de promoción de la convivencia pacífica que se orienten a deconstruir los imaginarios culturales que propician la violencia hacia las personas mayores.
- Promoción del buen trato hacia la población adulta mayor por parte de las instituciones responsables de su protección.
- Articulación de acciones de fomento de la actividad física, de los estilos de vida saludables y de las prácticas de autocuidado dirigidas a toda la población.
- Mejora del acceso de las personas adultas mayores a los servicios sociales.
- Desarrollo de acciones de capacitación y de prestación de soporte social y afectivo, dirigidas a las familias y cuidadores de personas adultas mayores, en especial aquellas con mayores limitaciones vitales.

3.1.6. Costa Rica

El sistema sanitario costarricense está conformado por el sector de la salud, los servicios de atención privados y de protección y mejoramiento del hábitat humano, las organizaciones comunitarias orientadas a la salud, las universidades, las municipalidades, las compañías farmacéuticas, la Comisión Nacional de Emergencias y los organismos de cooperación internacional.

El sector de la salud está integrado por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

y otras instituciones públicas encargadas de proteger y mejorar el estado de la salud de la población. El Ministerio de Salud, como ente rector del sistema, cumple funciones de dirección y conducción política, regulación sanitaria, direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico. Adicionalmente, el Ministerio de Salud tiene adscritos a los Centros de Educación y Nutrición (CEN), los Centros Infantiles de Atención Integral (CINAI), el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y el Instituto Nacional de Seguros (INS), el cual es responsable de las coberturas de riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar los servicios de atención relacionados.

La entidad más importante del sector público en cuanto a provisión de servicios asistenciales de salud es la CCSS, una institución autónoma encargada de financiar, comprar y prestar servicios personales, sin límites ni copagos al momento de utilizarlo. Se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado. Administra tres regímenes: el seguro por enfermedad y maternidad, el seguro por invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. Brinda servicios en instalaciones propias o contratadas en el sector privado a través de compromisos de gestión. El modelo de prestación de servicios de salud de la CCSS se basa en los principios de la seguridad social: universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, integralidad, participación social, evolución progresiva de beneficios y concordancia con la realidad económica. Tiene como objetivos el acceso, la continuidad, la aceptabilidad, la efectividad y la eficiencia, y aplica un enfoque centrado en las personas.

Por su parte, el sector privado abarca una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad, ambos financiados con pagos en efectivo o con primas de seguros privados.

Si bien la población costarricense tiene acceso a medicamentos y otras tecnologías de la salud, todavía persiste el desafío de lograr su uso racional, por la debilidad en los mecanismos de coordinación y regulación. Existen vacíos en la implementación del marco legal y barreras administrativas para el acceso efectivo a servicios de salud para la población en extrema pobreza, para ciertos grupos indígenas y para trabajadores estacionales y migrantes.

El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas demandan estrategias idóneas para promover estilos de vida saludables, mejorar los entornos y fortalecer la protección social de las personas mayores. Costa Rica se enfrenta al reto de construir una cultura de la salud mediante el desarrollo de políticas que promuevan e incentiven el autocuidado a lo largo del curso de

vida, así como entornos que favorezcan la salud y el bienestar de la gente, de modo que se pueda enfrentar, individual y colectivamente, la carga de enfermedades crónicas que afecta sobre todo a la población adulta mayor.

3.1.7. Cuba

La Política Nacional de Salud de Cuba concibe la salud como un componente esencial del bienestar del ser humano y como un objetivo estratégico del desarrollo. En correspondencia, todos los sectores sociales ejecutan acciones para asegurar una cobertura de salud para todos, y comparten los objetivos de la salud universal, para garantizar que todos los habitantes tengan iguales oportunidades de recibir servicios de salud integrales y de calidad cuando lo necesiten.

El Sistema Nacional de Salud de Cuba (SNS), cuyo órgano rector es el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), tiene como estrategia y eje fundamental la Atención Primaria de Salud, y se rige por los principios de universalidad, gratuidad, accesibilidad, regionalización e integralidad, con alcance a todos los ciudadanos en el campo y la ciudad, y con una concepción internacionalista. Se estructura en tres niveles territoriales (nación, provincia y municipio) y en tres niveles de atención, a partir de una red de servicios integrados e integrales, generales y especializados, y regionalizados: primer nivel de atención (representado por los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia, los policlínicos y otros servicios), segundo nivel (representado por los hospitales) y tercer nivel, superior o terciario (conformado por los hospitales muy especializados y los institutos de investigación).

En la actualidad, el SNS se encuentra inmerso en un proceso de transformaciones que persigue, entre otros propósitos, continuar avanzando hacia la salud universal, mejorar la salud de la población, incrementar la calidad de los servicios, y hacer más eficientes y sostenibles sus acciones.

Los servicios de salud se brindan de manera diferenciada, según las necesidades de cada territorio, comunidad, grupo de población, familia e individuo, para garantizar la equidad y la eficiencia a partir del diagnóstico de la situación de salud en cada nivel de la estructura. Esto se lleva a cabo mediante un sistema organizado en Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud (Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)/APS).

La atención integral de salud a las personas adultas mayores la brindan los médicos de la familia, con apoyo de los equipos multidisciplinarios de atención geriátrica.

En los servicios de salud para esta población juegan también un papel importante los “círculos de abuelos”, un movimiento asociativo voluntario de base comunitaria de gran implantación (a finales de 2017 había más de 15.000 círculos de abuelos, con más de 900.000 participantes).

Los planes de futuro relacionados con la atención a las personas adultas mayores comprenden la validación de los protocolos de actuación para problemas geriátricos, la realización de análisis periódicos de la salud una vez al año a más del 95% de las personas mayores, el perfeccionamiento de la atención gerontológica en el nivel primario, el aumento, la reparación y la mantención de las casas de abuelos y los hogares de ancianos existentes, la mejora de las competencias en geriatría de todos los profesionales de la salud y de la preparación del personal especializado en geriatría y gerontología, y la adecuación de la organización del SNS para responder a las múltiples necesidades de este grupo poblacional.

3.1.8. Ecuador

El artículo 32 de la Constitución ecuatoriana establece que la salud es un derecho que garantiza el Estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. Por su parte, el artículo 37.1 establece que las personas que hayan cumplido los 65 años de edad tendrán derecho a la atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

El sistema de salud en Ecuador se conforma por un subsistema público y un subsistema privado. El subsistema público integra al Ministerio de Salud Pública (MSP) y las entidades de Seguridad Social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA, e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL) y los servicios de salud de algunos municipios. También actúan dentro del sector público algunos entes privados, como la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer y la Cruz Roja Ecuatoriana. El sector privado está formado por profesionales independientes, empresas privadas de seguros de salud y empresas de medicina prepagada, y atiende predominantemente a la población de los estratos de ingresos medianos y altos.

El financiamiento de los servicios públicos proviene del presupuesto general del Estado, los fondos extrapresupuestarios, los fondos de emergencia y de contingencia y los aportes de proyectos y convenios nacionales e internacionales. Los servicios de seguridad social para los trabajadores se financian con los aportes de los trabajadores afiliados en distintos regímenes: Seguro General Obligatorio, Seguro Social Campesino y Seguro Voluntario. Los servicios de seguridad social para militares y policías se financian con los aportes de sus afiliados. También actúa como financiador el Sistema Público de Accidentes de Tránsito, que se paga con la matrícula de los vehículos y que cubre específicamente los gastos por accidentes de tránsito.

A la fecha de cierre de este informe está en tramitación parlamentaria el proyecto de Ley del Adulto Mayor, que reformará la vigente Ley del Anciano, aprobada en 1991. Con esta reforma se busca impulsar la corresponsabilidad y participación del Estado, la sociedad y los familiares en la atención al adulto mayor, permitiendo garantizar el acceso y disponibilidad de los servicios necesarios. Además pretende promover, regular y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos fundamentales de las personas adultas mayores. El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), ha hecho observaciones a este proyecto normativo, entre las que se encuentra que se apliquen los beneficios a los adultos mayores sin importar su nacionalidad, que sean transeúntes o que tengan situación legal irregular, y que se contemplen medidas de apoyo para las personas que se ocupan del cuidado de los adultos mayores, con independencia de su parentesco, entre otros.

El sector salud cuenta con distintas normas y protocolos para la atención integral de las personas adultas mayores, que cubren el primer y el segundo nivel de atención de la Red Integral de Salud. Esos lineamientos están agrupados en un único documento, adoptado oficialmente en 2010 (Ministerio de Salud Pública, Dirección de Normatización del SNS, 2010). Las regulaciones abarcan un amplio espectro de acciones preventivas, curativas y de rehabilitación; comprenden además autocuidado, fomento de la participación, normativas especiales para las personas institucionalizadas y cuidados paliativos. La normativa incluye la Valoración Geriátrica Integral para el diagnóstico de la situación de salud, nutricional, social, cognitivo, y funcional de las personas mayores a cargo de equipos intersectoriales. Las normas también abarcan a cuidadores de las personas adultas mayores con ciertos niveles de dependencia.

En las políticas dirigidas a las personas adultas mayores en Ecuador impera el enfoque de derechos. El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) identifica tres

ejes en estas políticas: a) Inclusión y participación social, b) Protección social dirigida a la prevención o reducción de la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social, y c) Atención y cuidado mediante la prestación de servicios gerontológicos en centros especializados. Esos lineamientos políticos se recogen en una norma técnica del MIES (2014), que contiene además una clasificación de las modalidades de atención de las unidades de atención para población adulta mayor que operan bajo la rectoría del MIES (centros gerontológicos residenciales; centros gerontológicos de atención diurna; espacios alternativos de revitalización, recreación, socialización y encuentro, y atención domiciliaria) y estándares de calidad en diversos aspectos vinculados a las condiciones de vida de este sector de la población: familia, comunidad y redes sociales; procesos socio-educativos; salud preventiva, alimentación y nutrición; talento humano; ambientes seguros y protectores; administración y gestión.

3.1.9. El Salvador

El ente rector del Sistema Nacional de Salud (SNS) de El Salvador es el Ministerio de Salud (MINSAL), que también es el mayor proveedor de servicios de salud del país. El MINSAL cuenta con un sistema de servicios de salud organizado según los niveles de atención y la complejidad resolutive en 68 microrredes municipales e intermunicipales, 13 redes departamentales y 5 redes regionales, las cuales conforman la Red Nacional de Servicios de Salud. Los equipos comunitarios de salud son la unidad operativa básica con que cuenta el SNS.

Junto con el MINSAL, conforman el SNS el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), que es la segunda institución con mayor cantidad de centros y cobertura poblacional; el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), el Fondo Solidario para la Salud, el Comando de Sanidad Militar (COSAM) y la Dirección Nacional de Medicamentos.

El modelo actual, establecido tras un proceso de reforma iniciado en 2009, se basa en la atención primaria de salud y tiene por objetivo mejorar la organización y la gestión de servicios en red, junto al desarrollo de los recursos humanos para alcanzar un sistema de salud universal y equitativo. Aunque la segmentación y la fragmentación del sistema de salud aún no se ha logrado eliminar, en los últimos años se ha profundizado en el proceso de reforma e integración funcional del SNS, con un claro enfoque de acceso y cobertura universal de salud. Entre los avances conseguidos, se ha eliminado el pago en los sitios de atención pública y se han acercado los servicios a la población a través de los equipos comunitarios de salud familiar.

El MINSAL ha elaborado el Modelo de Atención en Salud de la Persona Adulta Mayor, que contempla diversas líneas de intervención para que el personal de salud realice un abordaje integral bajo el enfoque de derechos para este sector de la población. De acuerdo con este modelo, los prestadores de servicios de salud realizan una valoración geriátrica en el primer nivel de atención y en el nivel intermedio, y se trabaja con especialistas que dan respuesta a las referencias emitidas por los equipos comunitarios de salud familiar. También se promueven las visitas domiciliarias, a través de las que el personal sanitario puede detectar a las personas adultas mayores que necesiten atención, orientando y educando al cuidador o al familiar bajo su cargo, y la conformación de clubes de adultos mayores, adscritos a las unidades comunitarias de salud familiar, que impulsan estilos de vida saludable y promueven el acercamiento intergeneracional.

El modelo cuenta con los siguientes componentes: promoción y educación para un envejecimiento activo y saludable, aseguramiento de la calidad de la atención, coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial y fortalecimiento de la atención en la rehabilitación geriátrica y formación del recurso humano e investigación.

3.1.10. España

La Constitución de 1978 supuso un salto cualitativo en materia de protección de los derechos fundamentales. En su artículo 43 reconoce el derecho a la salud y señala que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Esta previsión dio origen a la Ley General de Sanidad, que define el marco legal del sistema sanitario español. Dicha ley, promulgada en 1986, creó el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud se basa en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral. El Estado se responsabiliza plenamente de garantizar este derecho gestionando y financiando, a través de los presupuestos generales, un servicio sanitario que integra, ordena y normaliza todas las funciones sanitarias, lo cual debe permitir el paso de una concepción presidida por la enfermedad a una práctica sanitaria basada en la salud igual para todos.

El sistema sanitario español se organiza administrativamente en tres niveles: central, autonómico y áreas de salud:

- **Administración central:** El órgano fundamental en este nivel es el Ministerio de Sanidad, en sus diversas configuraciones (actualmente Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social). Es el encargado de la propuesta y ejecución de las directrices generales del gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria y consumo, así como de la coordinación de las actividades dirigidas a la reducción del uso de drogas y de sus consecuencias.

- **Organización autonómica:** La ordenación territorial de los servicios sanitarios es competencia de las Comunidades Autónomas y debe basarse en la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud. En cada Comunidad Autónoma se ha constituido un Servicio de Salud integrado funcionalmente por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y otras organizaciones territoriales intracomunitarias, respetando las distintas titularidades existentes.

- **Áreas de salud.** Son las estructuras que agrupan un conjunto de centros sanitarios y de profesionales de atención primaria en la Comunidad Autónoma. Las áreas de salud se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, demográficos (población entre 200.000 o 250.000 habitantes, excepto en algunas comunidades, pero en cualquier caso, con un mínimo de un área por provincia), socioeconómicos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, vías de comunicación e instalaciones sanitarias. Con el fin de lograr la máxima operatividad y la mayor eficacia en la atención de salud, las áreas de salud se dividen en zonas básicas de salud, delimitaciones territoriales que sirven como marco para la atención primaria del equipo sanitario. Cada zona básica cuenta con centros de salud, un hospital para la atención especializada y un centro de especialidades.

En el sistema sanitario español se accede a los servicios de salud mediante la "tarjeta sanitaria individual", un documento administrativo que identifica al ciudadano ante los diferentes entes prestadores de salud. La atención da lugar a la apertura de una historia clínica, que es un expediente médico y legal en el que se consignan los datos originados en el contacto entre el usuario y el equipo de salud.

La atención primaria constituye el nivel básico de atención. Se presta a solicitud del paciente, bien sea de manera programada o urgente. La consulta se hace en los centros de salud o en el domicilio del solicitante. Este nivel también es el encargado de realizar actividades de promoción de salud, educación sanitaria, prevención y rehabilitación, entre otras.

La atención especializada se presta a petición del facultativo de atención primaria. Los encargados de ofrecerla son los médicos especialistas, mediante consulta en los centros de especialidades, o bien en los hospitales. En este nivel también se realizan actividades de promoción y prevención.

El sistema de salud también incluye la atención sociosanitaria, la cual se proporciona, por lo general, a los enfermos crónicos. Estos demandan una atención sanitaria y social simultáneamente y requieren servicios que les permitan paliar sus limitaciones o padecimientos y facilitar su autonomía y reinserción social.

Las principales características del modelo español son:

- **Universalización de la atención:** cubre al 100% de la población, independientemente de su situación económica y de su afiliación a la seguridad social. En 2012 se introdujeron algunas restricciones al principio de universalidad, que el gobierno actual se ha comprometido a eliminar.
- **Accesibilidad y desconcentración:** Para garantizar la equidad en el acceso a los servicios se ha instrumentado la regionalización sanitaria, basada en situar los diferentes servicios sanitarios lo más cerca posible de donde vive y trabaja la población. Se trata así de reducir la concentración de centros sanitarios en los núcleos urbanos.
- **Descentralización:** En la actualidad se tiende a descentralizar la gestión de los recursos sanitarios; para ello se han emprendido unas reformas en la organización del sistema sanitario, con el fin de asegurar una mayor capacidad de respuesta por parte de los servicios y de los profesionales a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos. Se tiende a implicar a la comunidad en la toma de decisiones sobre la gestión del gasto y en el modo de utilización de los servicios.
- **Atención Primaria:** En el servicio nacional de salud, la base de la atención sanitaria es la Atención Primaria de Salud, que según la definición aceptada universalmente, es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan aportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

- **Participación de la comunidad:** Los ciudadanos participan en la orientación y el control del funcionamiento del sistema nacional de salud, a través de los órganos de gestión locales y regionales.

3.1.11. Guatemala

En la prestación de servicios de salud a la población guatemalteca participan el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), clínicas y hospitales privados y organizaciones no gubernamentales.

El MSPAS ha desarrollado la red pública de servicios de salud, por medio de la cual brinda atención médica a la población. Entre 1997 y 2014, la atención del primer nivel se ha apoyado con la contratación de Organizaciones no Gubernamentales en el marco del Programa de Extensión de la Cobertura (PEC), lo que permitió cubrir a una población de aproximadamente 4.5 millones de personas, con un paquete básico principalmente dirigido a la población materno-infantil. En el año 2014 el PEC fue cancelado sin contar con una alternativa institucional para mantener la prestación de servicios en el primer nivel. Por otro lado, la atención en este nivel se sostiene principalmente por personal auxiliar de enfermería y por personal comunitario, lo que limita su capacidad de resolución a los problemas de salud. Debido a todo ello, el MSPAS enfrenta un reto importante para recuperar la infraestructura y el personal para atender los servicios en el primer nivel de atención.

El IGSS ofrece cobertura de salud a los trabajadores del sector formal con base en un sistema obligatorio de seguro público de grupo. Se financia con las aportaciones de esos trabajadores, las empresas que los emplean y el gobierno. La cuantía de las aportaciones se establece tomando como base en el nivel salarial del trabajador.

El crecimiento económico y el estancamiento de los fondos gubernamentales para la salud ha estimulado la expansión de proveedores privados de salud y el aumento del gasto privado en salud, que es proporcionalmente muy elevado.

Aunque la mayoría de la población vive en zonas rurales, aproximadamente la mitad de los recursos hospitalarios del país están en el departamento de Guatemala. Los servicios de salud pública no cubren a toda la población, y muchas veces la atención que brinda el sistema se centra únicamente en la salud materno-infantil. Además, el sistema de salud guatemalteco se ha construido sin tener en cuenta la diversidad cultural de la población ni sus conocimientos sobre las enfermedades, y solo muy re-

cientemente ha empezado a reconocer algunas prácticas y recursos valiosos para la atención en salud, como el parto vertical o el uso de algunas plantas medicinales. Para afrontar estas carencias, el MSPAS ha implementado en siete departamentos del país el Modelo Incluyente de Salud (MIS), que busca fortalecer el primer nivel de atención en salud, como una de las acciones estratégicas para el logro del acceso universal a una atención integral e incluyente, desde el convencimiento de que la transformación y mejora del primer nivel de atención en salud puede generar cambios positivos sobre el sistema de salud en su conjunto.

Para poder asignar de forma equitativa los recursos humanos y materiales con los que se debe dotar el primer nivel de atención en salud, el MIS plantea la organización territorial de las áreas de salud (municipios o distritos de salud) en “sectores” y “territorios”. Un sector se conforma agrupando a varias comunidades de acuerdo con las vías de comunicación (carreteras, caminos, puentes), las condiciones del terreno, el clima y el número de habitantes y familias. En cada sector se ubica un Puesto de Salud y tiene asignado un Equipo Comunitario de Salud (ECOS). Un territorio es el agrupamiento de tres a seis sectores dentro de un determinado municipio o distrito de salud, al que se le asigna un Equipo de Apoyo al Primer Nivel de Atención en Salud (EAPAS), con su propia sede u oficina de trabajo. La cantidad de sectores de un territorio se establece tomando en cuenta la cercanía y las vías de comunicación, de manera que el EAPAS asignado pueda cubrir todo el territorio. Dependiendo del tamaño del municipio o distrito de salud, éste puede organizarse en uno o en varios territorios.

El MIS se basa en cuatro perspectivas principales (derecho a la salud, interculturalidad, género y medio ambiente), que son los ejes que orientan todas sus acciones. Para su implementación en la práctica, se organiza en tres programas (individual, familiar y comunitario), que tienen que ver con los tres niveles donde las personas se desarrollan. Dentro de cada programa hay varias tácticas operativas, que engloban las intervenciones que se llevan a cabo en la atención en salud agrupadas por necesidades. Se contemplan acciones específicas para los distintos momentos del ciclo de vida de la población (etapa preescolar, etapa escolar, adolescencia, etapa adulta y etapa adulta mayor) y también acciones específicas según el sexo.

3.1.12. Honduras

Honduras tiene un sistema de salud compuesto por un sector público y un sector privado. El público incluye a la Secretaría de Salud (SS) y al Instituto Hondureño de Se-

guridad Social (IHSS). La SS atiende a toda la población en sus propias instalaciones y con sus propios médicos y enfermeras, pero se estima que solo entre el 50% y el 60% de los hondureños la usa regularmente. El IHSS cubre a una parte de la población económicamente activa empleada y a sus dependientes (aproximadamente el 18% de la población total), a través de instalaciones propias y contratadas. El sector privado atiende a entre el 10% y el 15% de la población con capacidad de pago, e incluye a las aseguradoras privadas y a los consultorios y hospitales privados con y sin fines de lucro. Se calcula que el 17% de los hondureños no cuenta con acceso regular a servicios de salud.

En el año 2013 se aprobó el Modelo Nacional de Salud, basado en la atención primaria de salud (APS). Una de sus estrategias incluye la implementación de 500 equipos de atención primaria para zonas rurales y remotas del país. Los equipos están compuestos por un médico, una enfermera y un promotor de salud, y priorizan la atención a comunidades en extrema pobreza, vulnerabilidad ambiental y situación de violencia. A mediados del 2015, ya había 367 equipos en operación que habían atendido a 1.400.000 personas, promoviendo mejoras cualitativas en actitudes y hábitos.

La nueva tipificación de establecimientos de salud define tres tipos de unidades de primer nivel de atención (Unidad de APS, Centro Integral de Salud y Policlínico) y cuatro tipos de establecimientos del segundo nivel de atención (hospital básico, hospital general, hospital de especialidad e instituto).

Antes de 2015, no existía una ley que asegurara el modelo de atención sanitaria nacional, así como los mecanismos necesarios para su regulación. Por tal razón, ese año el Congreso Nacional aprobó la Ley Marco de Protección Social, que establece una nueva modalidad de protección social. La Ley Marco apunta a un sistema unificado y universal de aseguramiento público de la salud, donde coexistan “articuladamente las prestaciones y servicios de los pilares contributivo y subsidiado” (Art. 21). El modelo busca un pluralismo en el que se identifique claramente la separación de funciones del sistema, lo que requiere una nueva estructura organizativa de la SS fortalecida en su rol rector, la creación de una superintendencia de salud, y la asignación al IHSS del rol de asegurador del Sistema Nacional de Salud.

3.1.13. México

En México existe un sector público y un sector privado de salud. El sector público cuenta con las instituciones de seguridad social (el Instituto Mexicano del Seguro Social,

IMSS; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE; Petróleos Mexicanos; la Secretaría de la Defensa Nacional; la Secretaría de Marina y otros), que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y con una serie de organismos (el Sistema de Protección Social en Salud, SPSS, la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y el Programa PROSPERA) que atiende a la población sin seguridad social. El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago.

El Seguro Popular, puesto en marcha en 2004 como brazo operativo del SPSS, ha sido un importante instrumento para la ampliación de la cobertura de atención en salud para los mexicanos no afiliados al sistema de seguridad social. Desde su creación, el programa ha extendido la cobertura de seguro de salud a más de 50 millones de personas.

El Inapam, en la Ciudad de México, a través del Centro de Atención Integral, proporciona atención integral (biopsicosocial) a personas de 60 años y más de edad, con el objetivo de conservar o recuperar la salud mediante acciones preventivas, médicas y de rehabilitación.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 propone avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud. Para ello, en abril del 2016 se adoptó el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, a fin de avanzar gradualmente a la cobertura general de atención médica. En este contexto, existe una coordinación de cobertura entre la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, entre otras instituciones, así como la incorporación de personas que están en los programas PROSPERA de la Secretaría de Desarrollo Social y de Pensiones para Adultos Mayores (65 años y más) del Gobierno de la Ciudad de México.

3.1.14. Nicaragua

Con el fin de lograr la cobertura universal, en Nicaragua se establecieron tres regímenes de salud: contributivo, no contributivo y voluntario. El régimen contributivo lo implementan el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), que administra, entre otros, los seguros de salud obligatorio y facultativo para los trabajadores del sector formal, los Ministerios de Gobernación (MIGOB) y Defensa (MIDDEF), que cubren a los miembros de las fuerzas armadas y la administración pública, y, desde 2007, el Ministerio de Educación. El régimen no contributivo está a cargo del Ministerio de Salud (MINSAL). Los servicios del régimen voluntario los presta el sector privado.

Los beneficiarios del régimen contributivo son todos los trabajadores del sector formal, privado y público, además de sus beneficiarios. En el caso del INSS éstos son el

cónyuge en estado de pre y postparto e hijos de hasta 12 años. En la práctica la afiliación obligatoria al INSS se limita a los trabajadores formales que habitan en zonas donde la institución ofrece servicios, particularmente la región del Pacífico.

Los beneficiarios del régimen no contributivo son primeramente los grupos poblacionales sin capacidad de pago y no asegurados. Este régimen también implementa acciones de salud pública para toda la población.

El régimen voluntario sirve a la población con capacidad de pago que elige comprar sus servicios de salud directamente al proveedor. También incluye a las ONG y OSC que ofrecen servicios subsidiados a grupos sin capacidad de pago.

El MINSAL cubre a 61.2% de la población, el INSS a 16.5%, y el MIGOB y el MIDDEF a 6%. Muchos beneficiarios del MINSAL complementan los servicios ofrecidos por la institución con los del régimen voluntario. Según la Política Nacional de Salud 2008 (PNS), entre el 35% y el 40% de la población aún no tiene acceso a ningún servicio público, particularmente quienes habitan en la Región Autónoma Atlántico Norte, la Región Autónoma Atlántico Sur, Río San Juan, Jinotega y Matagalpa. La meta del MINSAL es cubrir con el régimen no contributivo las necesidades curativas de 65% de la población y ofrecer a toda la población nicaragüense servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Con el objetivo de extender su cobertura de servicios, el MINSAL inició un proceso de sectorialización del país en 2008. Cada uno de los 2.225 sectores de salud en que se dividió el país debe contar, en el futuro, con un Equipo Básico de Atención (EBA) que implementa las acciones e intervenciones definidas en el Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS) en colaboración con otros actores sociales, incluyendo los municipios, según el plan local de salud. Cada EBA debe estar formado por un médico general y dos recursos de enfermería, aunque actualmente los recursos no son suficientes para asegurar esta dotación. Cada EBA sirve a una comunidad de entre 4.500 y 5.000 habitantes en zonas urbanas y de entre 2.500 y 3.000 habitantes en zonas rurales. El EBA refiere a sus beneficiarios a las instituciones comunitarias y del sector salud, incluyendo la casa base, la casa materna y los establecimientos de la red de MINSAL. Una casa base es una institución comunitaria que promueve el autocuidado de la salud e implementa acciones de prevención y asistencia básica de los principales problemas de salud. Una casa materna atiende con personal calificado el embarazo, el parto, al recién nacido y el puerperio de bajo riesgo en mujeres que viven en zonas alejadas de los servicios de salud, e impulsa el autocuidado de la salud. El trabajo de las ca-

sas base y de las casas maternas se desarrolla a través de voluntarios y en coordinación estrecha con las redes de agentes comunitarios, los Puestos de Salud Familiar y Comunitaria, los Centros de Salud Familiar y los hospitales.

En 2007, el gobierno de Nicaragua adoptó un nuevo modelo de atención en salud llamado Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). Los pilares del modelo son la prestación de servicios integrales de salud, la gestión descentralizada y desconcentrada a través de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y otras modificaciones que incluyen la eliminación del anterior Modelo Previsional de la Salud, la reinstalación de la gratuidad de los servicios del MINSAL y el cambio de nombre de las Empresas de Medicina Previsional (EMP) del MINSAL por Clínicas de Medicina Previsional (CMP). De esta manera se pretende restituir el derecho a la protección de la salud, y reorientar la participación ciudadana de un enfoque 'utilitario' hacia uno de gestión ciudadana de la salud.

3.1.15. Panamá

La salud pública de Panamá está regida por el Código Sanitario. El sistema público está conformado por el Ministerio de Salud (MINSAL), creado por Decreto de Gabinete n.º 1 de 1969, que se organiza en 15 regiones sanitarias, y la Caja del Seguro Social (CSS), regida por la Ley n.º 51 del 2007, con presencias paralelas y organizadas por niveles de complejidad. La red conjunta de servicios está constituida por 912 establecimientos, de los cuales 836 pertenecen al MINSAL y 76 a la CSS (casi todos estos últimos son de segundo y tercer nivel). En las comarcas indígenas y zonas rurales de difícil acceso, la única presencia es el MINSAL, que ofrece servicios ambulatorios con servicios básicos e incipiente adecuación cultural. Existen en el país servicios de salud privados, a los que se accede por demanda o por medio de seguros privados de salud.

La disponibilidad de camas hospitalarias en el país es de 2,3 por cada 1.000 habitantes. Un total de 4.200 camas pertenecen al MINSAL, 3.187 a la CSS y 1.043 a establecimientos de salud privados. La zona urbana registra una tasa de 2,9 camas por cada 1.000 habitantes, y la rural una tasa de 1,3 camas por cada 1.000 habitantes.

En 2015 el 84,4% de la población estaba cubierta por la CSS, como resultado de un proceso paulatino y consistente de incremento de la protección. Por su parte, el MINSAL provee servicios al 47% de la población, en virtud de acuerdos entre ambas instituciones para atender a asegurados en áreas sin instalaciones de la CSS. Para ello, existe un sistema de compensación de gastos, aunque todavía no se cuenta con un sistema de gestión de costos institucionalizado.

Aun cuando el MINSAL y la CSS cuentan con planes para fortalecer la Atención Primaria en Salud, la mayoría de sus recursos se destinan actualmente a la atención hospitalaria.

3.1.16. Paraguay

La Constitución Nacional de la República de Paraguay consagra en sus artículos 4, 6, 7, 68 y 69 el derecho a la salud en relación con los derechos a la vida, a la integridad física y mental y a la calidad de vida; en particular, el artículo 68 establece la responsabilidad del Estado de proteger y promover la salud como derecho fundamental. El artículo 3 de la Ley 1885/02 establece que las personas mayores de 60 años tendrán prioridad en la atención de la salud. En septiembre de 2015 se aprobó la Ley de Salud Indígena, elaborada en consulta con los pueblos indígenas, que establece un Sistema de Salud para los Pueblos Indígenas basado en los principios de universalidad, equidad, participación, integralidad e interculturalidad.

El Sistema Nacional de Salud, creado por la Ley 1032/96, está integrado por los sectores público, privado y mixto. El sector público está constituido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS); la Sanidad Militar, la Sanidad Policial y la Sanidad de la Armada; el Instituto de Previsión Social (IPS); el Hospital de Clínicas, perteneciente a la Universidad Nacional de Asunción; y el Centro Materno Infantil. El sector privado cuenta con entidades sin fines de lucro (organizaciones no gubernamentales y cooperativas) y entidades lucrativas (instituciones de medicina prepaga y proveedores privados). La Cruz Roja Paraguaya es una entidad mixta que recibe financiamiento tanto del MSPBS como de una fundación privada sin fines de lucro.

El MSPBS y el IPS son las dos instituciones de atención sanitaria más importantes de Paraguay, con una cobertura nominal conjunta que abarca a aproximadamente el 95% de la población del país. La cobertura del IPS alcanza a alrededor del 20% de la población, principalmente a trabajadores del sector formal y sus familiares, y es considerablemente más alta en las zonas urbanas que en las rurales. Un pequeño porcentaje de la población cuenta con algún otro tipo de seguro médico, y el resto queda a cargo del MSPBS, al que corresponde, por tanto, satisfacer la mayor demanda de los servicios de salud.

Los principales problemas del sistema de salud paraguayo son su falta de integración y su cobertura territorial asimétrica. Aunque por ley la autoridad sanitaria es el MSPBS, la rectoría que ejerce es débil y, en la práctica, el Sistema Nacional de Salud trabaja de forma descoordinada y fragmentada, con diversas modalidades de financiamiento, regulación, afiliación y provisión de servicios.

Como parte del esfuerzo realizado para alcanzar la cobertura y el acceso universales a la salud, a partir de diciembre del 2008 el Ministerio inició la conformación de las Unidades de Salud de la Familia (USF), a través de las que se desarrollan la mayor parte de las acciones contempladas en la estrategia de atención primaria de salud. Cada USF cubre entre 3.000 y 5.000 personas, con base en el trabajo de un equipo de salud familiar (ESF), integrado por un médico, un enfermero, un auxiliar y entre tres y cinco agentes comunitarios. En las USF se ofrecen las siguientes prestaciones: consultas generales, control del crecimiento y desarrollo, vacunaciones, control prenatal, planificación familiar, examen de mamas, control de presión arterial, control de azúcar en la sangre y curaciones. Además, realizan visitas domiciliarias y actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. En evaluaciones realizadas a principios de la presente década, las USF recibieron valoraciones muy favorables en cuanto a la gratuidad de la atención y la provisión de medicamentos, el buen trato del equipo de salud de la familia, las indicaciones médicas y la eficacia de los tratamientos, el horario de atención y las visitas domiciliarias, entre otros aspectos de su trabajo, aunque se concluyó que aún se debía avanzar para lograr una provisión regular de medicamentos, una adecuada infraestructura y suficiente equipamiento.

Según datos facilitados por el MSPBS, a noviembre de 2017 existían 801 USF, un número todavía insuficiente para garantizar la atención primaria de salud a toda la población. Aunque se ha intentado que la ubicación de las USF fuera acorde con la densidad poblacional, en los sitios con más alto índice de pobreza, donde las USF son más necesarias, es donde hay un mayor déficit. Durante 2018, se prevé la instalación de 40 USF más.

El MSPBS ha aprobado la Política Nacional de Salud 2015 – 203017 (PNS), cuyo objetivo es avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Las estrategias contempladas en la PNS son las siguientes:

- Fortalecer la rectoría y gobernanza.
- Fortalecimiento de la atención primaria de la salud articulada en redes integradas.
- Fortalecimiento de las acciones intersectoriales e interinstitucionales para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.
- Mejorar la eficiencia del sistema de salud, mediante el aumento, la optimización del uso y la debida preservación de los recursos.
- Fortalecimiento de la gestión del talento humano en salud.

- Desarrollo y fortalecimiento de la salud pública en las fronteras.
- Garantizar el acceso, la calidad, la seguridad, la eficacia y el uso racional de los medicamentos, y promover la innovación y el acceso a tecnologías sanitarias.

Entre las iniciativas orientadas a la protección y promoción de las familias en situación de pobreza y vulnerabilidad cabe destacar el Programa Tekoporā, implementado por la Secretaría de Acción Social, que cubre las áreas de salud, nutrición y educación con un abordaje familiar. Su principal objetivo es mejorar la calidad de vida de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad, facilitando el ejercicio de los derechos a alimentación, salud, y educación, mediante el aumento del uso de servicios básicos y el fortalecimiento de las redes sociales, con el fin de cortar la transmisión intergeneracional de la pobreza. Contempla dos componentes: el acompañamiento socio familiar y comunitario y, como incentivo, una transferencia económica para facilitar el ejercicio de sus derechos, principalmente a la salud, educación y alimentación.

3.1.17. Perú

El sistema de salud peruano cuenta con prestadores de servicios tanto públicos como privados, y está organizado por funciones especializadas. El subsector público está conformado por el Ministerio de Salud y las direcciones regionales de salud, que poseen la red de establecimientos públicos más grande del país y prestan servicios a las poblaciones en situación de pobreza a través del Seguro Integral de Salud (SIS); el Seguro Social de Salud (EsSalud), que es la segunda red de mayor cobertura en el país, exclusivamente destinada a la población asalariada y sus familiares, y la sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. El subsector privado focaliza su atención en las poblaciones de mayores ingresos.

El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNDCS), creado en el 2002, tiene como finalidad “coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de la salud, promoviendo su implementación concertada y descentralizada, y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector para lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos, y avanzar hacia la seguridad social universal en salud”. El SNDCS está conformado por el Ministerio de Salud como órgano rector del sector de la salud, el Seguro Social de Salud (EsSalud), los servicios de salud municipales, la sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada (Organizaciones no gubernamentales y asociaciones de personas mayores, mujeres, indígenas y

LGBT, entre otros). Sin embargo, los diferentes prestadores funcionan desarticuladamente, y al permitirse la coexistencia de distintas instituciones administradoras de fondos de financiamiento en salud (IAFAS), que brindan planes de beneficios acordes a la capacidad de pago y/o afiliación a determinado tipo de seguro de salud, la segmentación de la población se ha profundizado.

El subsector público, conformado por el Ministerio y los gobiernos regionales, posee 57% de los establecimientos de salud, en su gran mayoría del primer nivel de atención (98%), y sus hospitales e institutos especializados están localizados principalmente en Lima y las grandes ciudades. Su cobertura de servicios se orienta hacia las poblaciones pobres y vulnerables afiliadas al SIS. El subsector de la seguridad social, que comprende a EsSalud y las sanidades (militar y policial), y se limita a la población asalariada y sus derechohabientes, cuenta con una oferta que representa 3% del total de establecimientos, y se concentra en los servicios de mayor complejidad. El sector privado dispone de 40% del total de establecimientos de salud, con un primer nivel muy extenso (95%) y una disponibilidad de clínicas ubicadas principalmente en las grandes ciudades. En el 2015, el 72,3% de la población tenía algún seguro de salud, el 40,5% estaba afiliada al SIS, el 25,8% a EsSalud, y el 6% a aseguradoras privadas y/o a la sanidad de las fuerzas militares y policiales. De la población en situación de pobreza, el 71,7% estaba cubierta por el SIS, el 7,4% por EsSalud, el 0,3% por ambos, y el 20,6% no tenía ningún tipo de seguro.

La Ley 30490, de la Persona Adulta Mayor, promulgada en 2016, dedica su artículo 19 a la atención en salud. Establece que la persona adulta mayor tiene derecho a la atención integral en salud, siendo población prioritaria respecto de dicha atención, y que corresponde al sector salud promover servicios diferenciados para la persona adulta mayor en los establecimientos de salud para su atención integral, considerando sus necesidades específicas. Dispone asimismo que el Gobierno Nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales debe realizar, en forma coordinada, intervenciones dirigidas a prevenir, promover, atender y rehabilitar la salud de la persona adulta mayor, y encomienda al Ministerio de Salud y a EsSalud promover servicios diferenciados para la población adulta mayor que padezca enfermedades que afectan su salud.

3.1.18. Portugal

En Portugal hay tres sistemas de salud que coexisten entre sí: el Serviço Nacional de Saúde (SNS), los regímenes de seguros sociales especiales de salud para determinadas profesiones, y los seguros privados de salud voluntarios.

El SNS ofrece una cobertura universal. Además, alrededor del 25% de la población en Portugal se encuentra cubierta por seguros sociales de salud, mientras que el 10% cuenta con seguros privados y un 7% pertenece a agrupaciones mutuales.

El Ministerio de Sanidad se encarga de implementar políticas en materia de salud, y tiene la responsabilidad de dirigir el SNS. Existen cinco Administrações Regionais de Saúde (ASR), que son las encargadas de implementar las metas que han sido establecidas por el Ministerio de Salud para el SNS. Las ASR desarrollan y ponen en práctica los objetivos de la política nacional sanitaria, elaboran guías y protocolos de actuación y supervisan la calidad de los servicios. Cada vez hay más descentralización y transferencias de responsabilidad, de financiación y de gestión a nivel regional.

En cuanto a la financiación y el gasto sanitario, el SNS recibe fondos predominantemente de impuestos generales, mientras que son los empresarios, incluido el Estado, y los trabajadores, con contribuciones diferentes, las principales fuentes de ingreso de los seguros sociales de salud. Otras fuentes de ingresos adicionales son el copago sanitario, los pagos directos privados y las primas de los seguros voluntarios.

En 1986 se introdujo en Portugal el copago sanitario, con el objetivo de disuadir a los pacientes de utilizar el sistema nacional de salud de manera innecesaria. Desde entonces, el copago no ha dejado de aumentar, por exigencias del programa de ayuda externa. Actualmente una consulta con el médico de familia cuesta cinco euros, una consulta de especialidad en el hospital cuesta diez euros y una urgencia varía entre los veinte y los cincuenta euros, dependiendo del número de análisis y tratamientos. Además, en Portugal también se pagan todos los análisis clínicos que, aunque sean solicitados por el médico de familia, se realicen fuera del sistema nacional de salud, en clínicas privadas.

En los últimos años, el sistema sanitario público portugués ha sufrido grandes recortes económicos que han llevado al aumento de las listas de espera, la disminución de las plantillas y retrasos en el pago de nóminas a los trabajadores del sector, lo que se ha traducido en un deterioro de la calidad asistencial.

3.1.19. Principado de Andorra

El sistema sanitario y de protección social Andorra es un sistema mixto donde conviven estructuras públicas (Caixa Andorrana de la Seguretat Social, CASS) y privadas, financiado según un modelo de seguridad social para la

CASS, y en el que el paciente goza del derecho a la libre elección y participa en una parte de los costes (copago). El ejercicio profesional es de libre implantación y de libre convención con el sistema público.

Según la Encuesta Nacional de Salud de Andorra (ENSA), realizada en 2011, el 98,9% de la población andorrana tiene algún tipo de cobertura sanitaria. El 46% de los hombres y el 50,6% de las mujeres están cubiertos exclusivamente por la CASS. Además, casi la mitad de la población (el 47% de los hombres y el 44,7% de las mujeres) tienen una doble cobertura.

Andorra goza de un sistema público sanitario de gran calidad, compuesto por el Hospital de Nuestra Señora de Meritxell, de gran reputación médica y tecnológica, y por once centros de salud repartidos en las principales poblaciones. Además, la sanidad pública ha suscrito con los países vecinos convenios de colaboración que permiten a los nacionales y residentes en Andorra acudir a centros especializados internacionales para tratarse.

La CASS cubre los gastos médicos de sus afiliados. La cotización a la CASS se realiza principalmente como asalariado (cuota patronal del 14,5% y cuota del trabajador de entre el 5,5% y el 10,5% del salario) y como autónomo (con un coste mensual de entre 200 y 400 euros).

Desde el Ministerio de Salud y Bienestar se está impulsando una reforma estructural del sistema de salud y protección social que tiene como objetivo mejorar la asistencia sanitaria, social y sociosanitaria. Entre las muchas actuaciones previstas, destaca la creación del Model Andorrà d'Atenció Sanitària (MAAS), que tiene como ejes principales la potenciación de la atención de primer nivel, coordinada con el resto de niveles asistenciales, y la implantación de la figura del profesional de referencia.

3.1.20. República Dominicana

El sistema de salud dominicano es un modelo de seguro social que funciona bajo los principios rectores de universalidad de la cobertura, obligatoriedad, solidaridad, integralidad, unificación, libre elección y gradualidad, entre otros. El marco legal que lo sustenta está contemplado en la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (Ley 87-01), estableciendo los fundamentos para la protección social y promoviendo el aumento del aseguramiento mediante cotizaciones.

En el año 2014 se oficializó un modelo de atención basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud y en la Red Integrada de Servicios de Salud, que coordina, gestiona y articula políticas, recursos y estructuras, con

el objetivo de alcanzar y garantizar los compromisos adquiridos en materia de salud, así como de las metas institucionales de todos los agentes implicados en el Sistema Nacional de Salud. Actualmente se está implementando en seis provincias para generar competencias en el nivel local y ser llevado a otras regiones del país.

El sector de la salud se ha estado reorganizando en el marco de la separación de funciones definida por la Ley 123-15, que contempla la desconcentración administrativa y funcional de los Servicios Regionales de Salud (SRS) del Ministerio de Salud Pública (MSP), al igual que el Instituto Dominicano de Seguridad Social, creando así el Servicio Nacional de Salud (SNS). El Decreto 379/14 estableció que el MSP tiene las funciones de rectoría.

El SNS dispone de 1.450 Centros de Primer Nivel de Atención (CPN), que constituyen la sede institucional y uno de los ámbitos de trabajo de una o varias Unidades de Atención Primaria (UNAP). Se cuenta con 1.774 UNAP distribuidas en toda la geografía nacional y con 189 Centros Especializados de Atención a la Salud (CEAS), entre los cuales se encuentran 13 hospitales regionales, 35 hospitales provinciales, 122 hospitales municipales y 19 hospitales de referencia nacional.

Hasta el 2015 se habían afiliado al Seguro Familiar de Salud 6.545.259 personas, lo que representa 65,3% de la población. De estos, el 47,5% se encontraban en el régimen subsidiado y el 52,5% en el régimen contributivo. El contributivo-subsidiado, que atiende a la población afiliada al SDSS sin relación contractual, todavía no está en funcionamiento.

La cobertura de aseguramiento en el país ha tenido un incremento importante en los últimos cinco años, pasando de 43% en el 2011 a 65% en el 2015. En la ruta hacia la cobertura universal de salud se han identificado retos, entre ellos incluir un mayor número de personas, ampliar los servicios prioritarios y reducir los pagos directos de bolsillo. También es un desafío el nuevo catálogo de prestaciones a partir de un proceso de priorización de enfermedades que deben ser atendidas por el sistema de salud dominicano. Adicionalmente, la incorporación gradual de estas prestaciones al sistema de Coberturas Integrales Garantizadas Priorizadas por Enfermedades o Problemas de Salud (CIGES) podría favorecer la sostenibilidad financiera.

3.1.21. Uruguay

El proceso de transformación estructural del sistema de salud de Uruguay comenzó en el 2007 con la aprobación de la ley n.º 18 211, mediante la cual se conformó el Sistema

Nacional Integrado de Salud (SNIS). Para avanzar en el logro del objetivo de acceso y cobertura universal, se partió de la estructura sanitaria y administrativa existente, y se desarrollaron formas innovadoras de organización y funcionamiento, promoviendo cambios sustantivos en los modelos de financiamiento, gestión y atención a la salud. Estos cambios aparejaron una reforma tributaria y el desarrollo de una nueva matriz de protección social orientada a redistribuir el ingreso. En el mismo sentido, fueron impulsadas conjuntamente una serie de reformas estructurales entre las que destacan la puesta en marcha de programas de protección social basados en transferencias no contributivas condicionadas al cumplimiento de obligaciones en salud y educación (salario ciudadano y asignaciones familiares); el otorgamiento de la tarjeta alimentaria para las necesidades nutricionales básicas; la promoción del trabajo juvenil y de las mujeres, y la universalización de la educación inicial y la educación física. La conformación del Gabinete Social y del Consejo de Coordinación de Políticas Sociales, así como los espacios de articulación creados en torno a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), han contribuido a la coordinación interinstitucional e intersectorial.

En el marco de ese proceso de transformación estructural, la gestión y la atención de la salud han evolucionado desde de un modelo asistencialista curativo a un modelo preventivo basado en los principios de la atención primaria de salud (APS). No obstante, queda aún mucho camino por recorrer para lograr la implementación de un modelo de atención de calidad homogénea para toda la población con cobertura.

El SNIS constituye la expresión organizativa y funcional de una red asistencial integrada por todos los servicios públicos y privados sin fines de lucro (mutualistas y cooperativas médicas). Por otro lado, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) es una pieza central del modelo de financiamiento que, al ser un fondo mancomunado, público y obligatorio, se integra en una contribución tripartita donde las personas aseguradas aportan según sus ingresos. Hay además un aporte patronal proporcional al salario y un aporte complementario de Rentas Generales del Estado, dirigidos a satisfacer el conjunto de beneficios prestacionales asegurados para toda la población en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). Por otra parte, la modalidad de reembolso a los prestadores del SNIS, ajustado por riesgo, complementa la naturaleza solidaria del seguro.

La estrategia de construcción del SNIS puso énfasis en la gradualidad, con la idea de garantizar la cobertura universal de forma plena y sin restricciones. En junio del 2016, la cobertura alcanzaba a 73% de la población total del país.

El SNIS se plasmó en cinco leyes fundacionales entre el 2005 y el 2007. La ley n.º 17 930 de Presupuesto Nacional (2005-2010) que establece las grandes líneas programáticas, la ley n.º 18 131 que crea el FONASA, la ley n.º 18 161 que descentraliza la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), la ley n.º 18 335 sobre garantía de derechos y deberes de los usuarios y finalmente la ley n.º 18 211, que completa de forma integral los principios y la configuración orgánica y funcional del SNIS, definiendo el nuevo modelo de financiamiento. Desde entonces, el proceso de implementación del SNIS ha mejorado la perspectiva sanitaria del país, reduciendo los niveles de segmentación que generaban fuertes inequidades y proporcionando estabilidad al sistema.

El Ministerio de Salud Pública mantiene sus competencias indelegables en la rectoría sobre la conducción, las funciones esenciales de salud pública, la regulación y la habilitación y acreditación de servicios y profesionales de salud. La Junta Nacional de Salud (JUNASA), presidida por el Ministerio e integrada por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Instituto de la Seguridad Social (Banco de Previsión Social), las instituciones prestadoras y representantes de los trabajadores y los usuarios del SNIS, vigila la cobertura, articula el financiamiento y regula el cumplimiento en la provisión de los servicios. A nivel departamental, la gobernanza se completa con las Juntas Departamentales de Salud, cuyas decisiones no son vinculantes. En la gestión administrativa y contable del FONASA se utilizó al Banco de Previsión Social (BPS), mientras que para delimitar claramente las competencias del Ministerio se separaron sus funciones de rectoría de las de provisión de servicios de salud.

El Ministerio de Salud ha definido los Objetivos Sanitarios Nacionales para el año 2020, que son los siguientes:

- El primer objetivo busca mejorar la situación de salud de la población, promoviendo estilos de vida y entornos saludables, y disminuyendo factores de riesgo.
- El segundo objetivo está orientado a reducir la carga de morbilidad prematura y evitable, disminuir la mortalidad precoz por cáncer y por enfermedades cardiovasculares, la prevalencia de hipertensión arterial, las complicaciones crónicas de la diabetes, y la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y por VIH/sida. También se propone reducir la mortalidad y la morbilidad infantil neonatal, actuando sobre los determinantes de la prematuridad, así como disminuir la incidencia de suicidios y de la morbilidad relacionada con la violencia de género.

- El tercer objetivo apunta a mejorar la calidad de los procesos de atención a la salud en todo el curso de vida de las personas, proponiendo acciones dirigidas a disminuir el embarazo adolescente, acompañar adecuadamente la maternidad-paternidad de ese mismo grupo, humanizar el parto institucional y reducir la tasa de cesáreas. En relación con los cuidados de las personas con discapacidad y su acceso a los servicios y programas de salud, se plantea mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, incluyendo los de rehabilitación en los tres niveles de atención y en las diferentes etapas del curso de vida. Por otro lado, el Sistema Nacional de Cuidados se encargará de asegurar los cuidados sanitarios que requieren las personas con dependencia (personas con discapacidad, personas mayores vulnerables) en su vida diaria.
- La seguridad y la calidad en la atención a la salud, como parte de la cultura institucional, es el cuarto objetivo estratégico. Para avanzar en este plano será necesario desarrollar estándares y buenas prácticas por áreas, implementando una política de comportamientos seguros, con estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que apunten a una mejora continua.
- Por último, el quinto objetivo es desarrollar un sistema de atención centrado en el paciente, con el propósito de que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud. Para ello se reforzarán y profundizarán los vínculos entre el médico y el paciente, y entre el equipo de salud y los usuarios, mejorando la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, concebido como una red integrada de servicios de salud.

3.1.22. Venezuela

El sistema de salud de Venezuela está integrado por los subsectores público y privado, y se caracteriza por su fragmentación y segmentación. El Ministerio del Poder Popular para la Salud es la institución rectora del Estado y está estructurado en cinco viceministerios: de Salud Integral; de Redes de Salud Colectiva; de Hospitales; de Recursos, Tecnología y Regulación, y de Redes de Atención Ambulatoria de Salud.

El sector público se conforma por diversas instituciones, como el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), la Corporación Venezolana de Guayana (CVG) y Petróleos de Venezuela S.A. (PDVSA), que cuentan con sus propios servicios de salud o contratan servicios privados para sus adherentes.

El Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) se basa en los principios suscritos en la Constitución Nacional de 1999 donde la salud, asociada indisolublemente a la calidad de vida y al desarrollo humano, constituye un derecho social fundamental que el Estado garantiza a partir de un sistema sanitario de servicios gratuitos, definido como único, universal, descentralizado y participativo. Este modelo, cuyo pilar principal es la atención primaria de la salud (APS), pone énfasis en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la participación de comunidades organizadas, así como en el fortalecimiento de los establecimientos del primer nivel de atención.

El Ministerio trabaja en la articulación de los establecimientos de salud tradicionales y los de la Misión Barrio Adentro, para lograr una Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIISS), mediante el establecimiento de las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC), que constituyen territorios geopolíticos y sociales para la participación protagónica de las comunidades.

El Plan Nacional de Salud 2014-2019 del Ministerio establece objetivos, políticas, proyectos y estrategias para desarrollar la gestión del Estado, con el propósito de garantizar la salud como derecho universal, la atención de la salud como bien público y responsabilidad del Estado, y la salud pública integral, que incluye promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

El Ministerio tiene la responsabilidad de la gobernanza sectorial y da cuerpo a una serie de planes operativos programáticos, normas, protocolos de actuación y mecanismos de seguimiento y evaluación que permiten rendir los alcances de la política pública en materia de salud.

Durante los últimos años, ha habido muchos cambios entre las autoridades de la salud, lo que se ha traducido en la discontinuidad de las acciones y retrasos en la implementación de las estrategias del Plan Nacional de Salud, con impacto en los resultados sanitarios esperados. Las dificultades económicas, agravadas por la caída de las divisas a nivel nacional, han dificultado la disponibilidad de ciertos medicamentos, insumos y equipamientos, así como la capacidad logística de distribución. Además, el acceso a los alimentos también se ha visto afectado por la inflación, la especulación y la disminución del poder adquisitivo, en perjuicio de la salud y el bienestar de la población. A pesar de estos determinantes, el SPNS, mediante el fortalecimiento e integración de la red de salud a través de la estrategia Barrio Adentro 100%, sigue trabajando para alcanzar el acceso pleno y una cobertura de salud universal de calidad para la población del país.

Las políticas de salud dirigidas a las personas adultas mayores en Venezuela se fundamentan en un enfoque de derechos y de inclusión social. Esta orientación tiene su base en la Constitución, que establece la obligatoriedad para el Estado de garantizar a “ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y garantías”, y se ha desarrollado con algunas leyes como la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social que crea el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y otras categorías de personas, que incluye atención domiciliaria de apoyo y atención institucional en varios ámbitos, incluido el de la salud. Este marco legal asigna la coordinación de las políticas al Instituto Nacional de Servicios Sociales.

La atención de las personas adultas mayores en Venezuela se realiza además a través de la estrategia de las misiones sociales, que involucran a diversos ministerios en acciones coordinadas. La atención primaria de salud se concentra en los establecimientos de la red primaria de la Misión Barrio Adentro. A través de la modalidad de Barrio Adentro Deportivo, se propician los “Clubes de Abuelos” a los que se les asigna promotores deportivos para facilitar diversas actividades físicas y recreativas. Otra de las misiones sociales se dedica exclusivamente a la atención de la salud visual, con énfasis en la resolución quirúrgica de cataratas en los adultos mayores, forma parte además de una iniciativa de cooperación horizontal regional. La Misión Sonrisa también tiene un área de acción específica en el área de salud bucal, con énfasis en la provisión de prótesis bucales de forma gratuita, que atiende fundamentalmente a la población adulta mayor. Finalmente, la Misión en Amor Mayor se dirige a la prestación de asignaciones económicas a los adultos mayores que se encuentra en situación de pobreza, y es parte de una estrategia dirigida a la universalización de las pensiones.

3.2. Programas de salud dirigidos específicamente a la población mayor

3.2.1. Argentina

3.2.1.1. Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud (ProNEAS)

El Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud (ProNEAS) busca articular acciones dirigidas a las personas mayores, de cara a establecer un modelo de salud inte-

gral que mejore su calidad de vida desde el enfoque del envejecimiento activo y saludable con una concepción de derechos. ProNEAS agrupa las principales líneas de acción implementadas desde el sector público de salud en Argentina para fortalecer el acceso de los adultos mayores al sistema de salud, y abarca los siguientes objetivos específicos:

- Impulsar acciones para el mejoramiento de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención integral de los adultos mayores.
- Promover el acceso a los programas de prevención y los servicios de atención y rehabilitación para adultos mayores.
- Promover la capacitación de recursos humanos en salud en temas de envejecimiento, gerontología y geriatría.
- Impulsar acciones de información y comunicación con el fin de instalar el tema en la agenda pública y concientizar a la población en general.
- Promover estudios, investigaciones y acciones para el avance de las estrategias de promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de atención Integral de los adultos mayores.

El ProNEAS promueve buenas prácticas de salud en distintos ámbitos: autocuidado, adecuación de servicios de salud, promoción de la autonomía y la independencia, abordaje integral de la salud, capacitación de recursos humanos en gerontología, valoración integral, lucha contra los prejuicios, la discriminación y la estigmatización, provisión de cuidados adecuados y respeto del derecho al consentimiento informado.

A través del ProNEAS, el Ministerio de Salud de la Nación está desarrollando los “Estándares Mínimos de calidad de instituciones de larga estadía para la atención de personas mayores con dependencia” que se aplicarán en todo el territorio nacional. Este documento, elaborado junto a la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, PAMI, INDEC, ANSES, la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia de la Nación, la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría, la Sociedad Central de Arquitectos y el Servicio Nacional de Rehabilitación, busca disminuir a la mínima expresión las reiteradas situaciones que vulneran la seguridad de las personas mayores en dichos establecimientos.

Además, se encuentra en desarrollo y sistematización un protocolo de atención para personas mayores que unifique criterios de promoción, prevención y detección precoz de enfermedades y que permita comparar los datos obtenidos en todos los ámbitos de aplicación.

3.2.1.2. Programa de Atención Médica Integral del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), a través del Programa de Atención Médica Integral (PAMI), brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y a sus familias, alcanzando al 20% de la población, con un gasto que representa un 0,75% del PIB.

Este Programa tiene como objeto principal la prestación a jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario de servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud. La prestación la realiza el INSSJP directamente o por medio de terceros.

PAMI comenzó brindando sus servicios sólo en Capital Federal, pero en la actualidad está presente en todo el país y cuenta con más de 650 oficinas en capitales, ciudades y pueblos de todas las provincias argentinas. Cuenta con más de 4.800.000 afiliados, entre jubilados y sus familiares a cargo, discapacitados, pensionados y veteranos de Malvinas.

Pueden ser beneficiarios del PAMI las siguientes personas:

- Afiliados titulares: jubilados y pensionados del régimen nacional del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. Sus grupos familiares primarios.
- Cónyuges: legal y de hecho con hijos en común.
- Hijos/as:
 - Hijos/as solteros hasta los 21 años, no emancipados.
 - Hijos/as incapacitados a cargo del afiliado titular, sin límite de edad.
 - Hijos/as estudiantes regulares de 21 a 25 años inclusive.
 - Hijas divorciadas incapacitadas.
 - Hijos/as del primer matrimonio del cónyuge.

El modelo prestacional contempla los siguientes niveles:

- Un primer nivel, organizado alrededor del médico general (médico de cabecera).

- Un segundo nivel integrado por los servicios de interconsulta especializada solicitados por los médicos de cabecera, los servicios de internación programada o de urgencia.
- Un tercer nivel para la atención de las afecciones prolongadas y las prácticas de diagnóstico o terapéuticas de alta complejidad.

En el marco del PAMI, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados ha desarrollado diversas iniciativas, como las que se detallan a continuación:

Plan Estratégico Nacional para un Cerebro Saludable 2016-2019

Este Plan Estratégico del PAMI tiene como objetivo general la promoción de un cerebro saludable en la población como estrategia de reducción de riesgo de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (EAD) y lograr el mayor bienestar de los afiliados del Instituto con EAD, sus familiares y cuidadores a través del diagnóstico, tratamiento y apoyo apropiados.

A tal fin se han formulado los siguientes objetivos específicos:

A. Concientizar y reducir la estigmatización de la EAD en la población general.

El PAMI se propone desarrollar campañas de difusión y divulgación entre sus afiliados y la población general, destinadas a mejorar el conocimiento sobre todos los aspectos de la enfermedad. Estas campañas incluirán información sobre la importancia del control de factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo y la obesidad. Así como comunicar la importancia de sostener una adecuada actividad física, social y cognitiva. Por otra parte, se informará acerca de cuáles síntomas y comportamientos deberían hacer pensar en una consulta profesional. Además, se hará énfasis acerca de la importancia de la consulta profesional temprana, las distintas conductas y tratamientos disponibles para enlentecer la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

B. Capacitar a los profesionales, cuidadores y familiares.

Teniendo en cuenta que los médicos de cabecera constituyen el primer contacto con los pacientes y las familias, es fundamental que se encuentren correctamente capacitados. Los profesionales deben conocer la importancia de la prevención a través de la promoción de un cerebro saludable, así como contar con las herramientas para realizar un diagnóstico temprano y saber cuándo es nece-

sario derivar al especialista. Además deberá capacitarse a los profesionales acerca de la comunicación adecuada del diagnóstico a las personas con demencia y a sus familiares.

Con este objetivo, se desarrollarán cursos de capacitación, tanto con modalidad presencial como virtual para los médicos de cabecera del INSSJP. Los cursos serán dictados por profesionales del Instituto o a través de convenios con universidades, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, centros médicos especializados, etc., procurando lograr la debida actualización de dichos profesionales. Por otra parte, se desarrollarán jornadas de capacitación para coordinadores médicos y no médicos de las diferentes Unidades de Gestión Local (UGL) y Agencias de PAMI, a fin de brindarles el conocimiento correspondiente en la materia.

Dado que las familias de estos pacientes son su principal soporte, es fundamental que estén al tanto de los síntomas típicos de la enfermedad y las señales de alerta que justifiquen una consulta. Con este fin, se realizarán talleres presenciales o virtuales de capacitación para familiares y cuidadores acerca de las distintas etapas de la enfermedad, los modos de reducir la sobrecarga de los familiares y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

C. Facilitar la accesibilidad a los servicios de diagnóstico y tratamiento.

Se propone que los médicos de cabecera realicen una evaluación cognitiva estandarizada inicial en su consultorio a todos los adultos mayores sin diagnóstico de EAD que presenten síntomas compatibles con deterioro cognitivo expresados espontáneamente o registrados en el proceso de evaluación clínica. La evaluación de signos de deterioro cognitivo deberá acompañarse de los procedimientos médicos correspondientes para evaluar la existencia de factores de riesgo para EAD (Hipertensión arterial, diabetes, obesidad...).

En los casos en que la evaluación no evidencie signos de deterioro cognitivo, el médico de cabecera indicará las medidas adecuadas para el sostenimiento de un cerebro saludable (actividad física, estimulación cognitiva, actividades sociales, etc.) a través de la receta electrónica que incluye actividades terapéuticas no medicamentosas (ATNM) como opción.

Para aquellos casos en lo que se evidencie signos de deterioro cognitivo que presuman el diagnóstico de demencia, el médico de cabecera podrá continuar él mismo el proceso de diagnóstico y tratamiento o, alternativamente, derivar al paciente a un Centro Cognitivo de PAMI.

Los Centros Cognitivos contarán con profesionales especializados en EAD: médicos, neuropsicólogos y terapeutas ocupacionales. Los profesionales del Centro Cognitivo serán los responsables de completar el diagnóstico interdisciplinario. El proceso de diagnóstico podría incluir la solicitud de evaluaciones neurocognitivas, imágenes y laboratorios específicos. En el Centro Cognitivo también se comunicará el diagnóstico al paciente y a los familiares, destinando a esta acción el tiempo apropiado y se continuará el seguimiento de los pacientes en coordinación con los médicos de cabecera.

D. Promover acciones para un cerebro saludable y reducir el riesgo de EAD.

PAMI desarrollará programas destinados a afiliados sin EAD para estimular un cerebro saludable y la disminución de riesgo de la EAD. Además, promoverá que en los centros de jubilados puedan ofrecerse regularmente actividades preventivas tales como:

- Estimulación cognitiva.
- Asesoramiento nutricional e higiene del sueño.
- Actividades deportivas, recreativas y otras destinadas a incrementar los niveles de fortalecimiento familiar y social.

E. Investigación.

Dadas las características de la población de afiliados de PAMI, las investigaciones que pudieran desarrollarse en este área podrían ser un indicador cabal del total de la población nacional. El Instituto pretende impulsar actividades de investigación epidemiológica y clínica para posibilitar la innovación en métodos de diagnóstico, reducción de riesgos y tratamientos para la EAD.

Programa Nacional HADOB

El Programa Nacional HADOB del INSSJP tiene como objetivo prevenir algunas de las enfermedades más recurrentes entre las personas adultas mayores: la Hipertensión Arterial, la Diabetes y la Obesidad.

El surgimiento de estas enfermedades depende en gran medida de factores de riesgo que tienen que ver con los hábitos de la vida cotidiana. Es por eso que el mejor remedio para estas enfermedades es la incorporación de hábitos saludables de vida, principalmente en la alimentación y en la realización de actividad física, que permiten evitar su aparición o atenuar sus efectos en caso de padecerlas.

El Programa HADOB está orientado en tres cuestiones principales:

- Médicos de Cabecera: diagnóstico y seguimiento de estas enfermedades en la población de personas afiliadas.
- Educación en autocuidado: clases educativas para personas afiliadas para aprender a prevenir cada una de las enfermedades.
- Actividades para personas afiliadas: ofrecidas en las distintas agencias y centros de atención de PAMI en todo el país, destinadas a la prevención.

Programa Nacional de Atención al Veterano de Guerra y su Grupo Familiar

Este Programa, creado por Resolución 191/05, se ocupa no sólo de la mejora y ampliación de la cobertura de las prestaciones médico-asistenciales y apoyo social a los veteranos de guerra y a su grupo familiar, sino también de la programación de actividades de promoción de la salud con la participación activa de los usuarios.

3.2.2. Bolivia

3.2.2.1. Programas dirigidos a la mejora de la nutrición del adulto mayor

En el área nutricional, Bolivia ha desarrollado la Guía Alimentaria para el adulto mayor, una herramienta educativa para facilitar una dieta saludable a este sector de la población, y ha regulado el Complemento Nutricional para el Adulto Mayor “Carmelo” (Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral y Resolución Ministerial N°1028 de 2014), que cubre a todas las personas a partir de los 60 años de edad con el suministro de un producto alimenticio para complementar la dieta, que es distribuido en establecimientos de salud del primer nivel o mediante visitas domiciliarias a adultos mayores.

El nombre de la fórmula nutricional es un homenaje a la persona más longeva del país, Carmelo Flores, residente en la comunidad de Frasquí (provincia Omasuyos, en el departamento de La Paz), que falleció en 2014 con 123 años.

Pueden ser beneficiarias de este programa todas las personas adultas mayores a partir de los 60 años, jubiladas de instituciones públicas, privadas y no jubiladas en todo el territorio nacional. Las personas adultas mayores jubiladas reciben el complemento nutricional en establecimientos de la Seguridad Social a corto plazo, mientras

que las personas adultas mayores no jubiladas reciben el complemento nutricional en los establecimientos de salud de primer nivel de atención del sistema público más cercano a su domicilio.

Desde 2015 hasta 2017, se entregaron 2.556.113 bolsas de Carmelo de forma gratuita.

3.2.2.2. Programa “Mi Sonrisa”

El programa “Mi Sonrisa” está adscrito al Programa Nacional de salud oral del Ministerio de Salud y tiene como objetivo reducir la prevalencia de caries dental que afectan la salud de la población objetivo del proyecto mediante actividades de promoción de la salud, atención primaria en salud y rehabilitación con prótesis dentales a los adultos mayores. Por medio de este servicio se mejoran las condiciones de salud bucodental de la población, para alcanzar una salud integral, mejorando su calidad de vida y respetando la diversidad cultural, así como también las tradiciones y costumbres de los pueblos de los municipios rurales e intermedios que no cuentan con los servicios de atención odontológica.

Desde el año 2010, según datos del Ministerio de Salud, 27.115 personas adultas mayores se han beneficiado con prótesis dentales gratuitas.

3.2.3. Brasil

3.2.3.1. Plan de Acciones Estratégicas para Combatir las Enfermedades Crónicas no Transmisibles

En los últimos años, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) han recibido una atención cada vez mayor por parte de las autoridades nacionales, quienes en el 2011 crearon el Plan de Acciones Estratégicas para Combatir las ECNT. Brasil también adoptó las metas voluntarias de la OMS, incluida la de reducir en 25% la tasa de mortalidad prematura (menores de 70 años de edad) por causa de las ECNT.

3.2.3.2. Cartilla de Salud de la Persona Adulta Mayor

La Cartilla de Salud de la Persona Adulta Mayor (Caderнета de Saúde da Pessoa Idosa) integra un conjunto de iniciativas del Ministerio de Salud de Brasil que tiene por objetivo mejorar la atención ofrecida a las personas mayores en el Sistema Único de Salud. Es un instrumento

estratégico propuesto para auxiliar en el buen manejo de la salud de esa población, usado tanto por los equipos de salud como por las personas adultas mayores, por sus familiares y cuidadores.

La Cartilla permite el registro de informaciones sobre datos personales, sociales y familiares, sobre sus condiciones de salud y sus hábitos de vida. También contribuye a la organización del proceso de trabajo de los equipos de salud y a la optimización de acciones que posibiliten una evaluación integral de la salud de la persona adulta mayor, identificando sus principales vulnerabilidades y ofreciendo orientaciones de autocuidado.

3.2.3.3. Banco de experiencias exitosas en el campo del envejecimiento y la salud de las personas adultas mayores

Este banco de experiencias exitosas en el campo del envejecimiento y la salud de las personas adultas mayores es una iniciativa que se lleva a cabo desde 2013 por la Dirección de Salud de la Persona Adulta Mayor del Ministerio de Salud COSAPI / MS, en colaboración con el Instituto de Comunicación e Información Científica y Tecnológica en Salud (ICICT / Fiocruz). Su objetivo es conocer y dar visibilidad a las buenas prácticas de municipios y estados en el ámbito de la salud de la persona adulta mayor. Con ello, se espera incentivar a los gestores a fomentar estrategias y acciones que contribuyan a mejorar el cuidado a la persona adulta mayor en el Sistema Único de Salud (SUS).

El proceso se inicia cada año con una amplia divulgación por parte de la COSAPI / MS de la convocatoria. A partir de ahí, se abren las inscripciones para que los gestores estatales y municipales registren sus iniciativas en un formulario en línea. Las experiencias inscritas son evaluadas por un Comité compuesto por especialistas en salud de personas adultas mayores, gestores y representantes de organizaciones del sector. Después de la evaluación, se divulgan las experiencias seleccionadas.

Los criterios utilizados para evaluar y reconocer cada año las mejores prácticas son:

- Alineación con principios y directrices del SUS, con la Política Nacional de Salud de la Persona Anciana y las directrices para organización de la Red de Atención a la Salud
- Carácter innovador
- Reproducibilidad en otras realidades
- Relevancia de los resultados

Desde 2013, la convocatoria ha recibido anualmente más de cien experiencias. Puede accederse a información sobre las experiencias seleccionadas en: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/>

3.2.4. Chile

3.2.4.1. Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE), también conocido como Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES)

Las prestaciones de AUGE son gratuitas (cobertura del 100% del valor de las atenciones médicas) para las personas del tramo A de ingresos (beneficiarios carentes de recursos para cotizar en salud, o en condición de indigencia -no cotizantes-), adultos mayores de 60 años o más y personas que forman parte del programa PRAIS de atención a víctimas de las violaciones a los derechos humanos. Excepcionalmente, algunas atenciones especiales, denominadas catastróficas, tienen un 100% de cobertura para los beneficiarios de los 4 tramos de ingreso.

AUGE cubre las siguientes **enfermedades de adulto mayor**:

- Endoprótesis total de cadera en personas con artrosis de cadera con limitación funcional severa
- Hipoacusia bilateral en personas que requieren uso de audífono
- Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio
- Órtesis o ayudas técnicas
- Salud oral integral del adulto
- Vicios de refracción

Y las **siguientes enfermedades crónicas** que pueden afectar a los adultos mayores:

- Artritis reumatoidea
- Diabetes mellitus tipo 1
- Diabetes mellitus tipo 2
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5

- Epilepsia no refractaria desde 15 años y más
- Esclerosis múltiple remitente recurrente
- Fibrosis quística
- Hemofilia
- Hepatitis C
- Hepatitis crónica por virus hepatitis B
- Hipertensión arterial primaria o esencial
- Hipotiroidismo
- Lupus eritematoso sistémico
- Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal
- Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH / SIDA
- Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori
- Tratamiento médico en personas con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada

AUGE cubre en total hasta 80 patologías en los siguientes grupos:

- Enfermedades respiratorias (7 patologías)
- Intervenciones quirúrgicas (9 patologías)
- Enfermedades del adulto mayor (6 patologías)
- Enfermedades crónicas y otras (20 patologías)
- Salud oral (4 patologías)
- Enfermedades del corazón y cerebrovasculares (5 patologías)
- Tratamiento de cánceres (14 patologías)
- Parto, Prematuridad y Enfermedades de Recién Nacido y Niños (8 patologías)
- Salud mental (4 patologías)
- Enfermedades de la visión (5 patologías)
- Enfermedades complejas y graves (4 patologías)

3.2.4.2. Promoción de estilos de vida saludables

Las autoridades chilenas están preocupadas por la alta prevalencia de ciertos factores y comportamientos de riesgo generadores de enfermedades crónicas no transmisibles, como el hábito de fumar, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y la mala alimentación por exceso. En respuesta a ello, y en consonancia con el Plan de Acción Global de la OMS, se han adoptado varias estrategias que incluyen campañas educativas para la población, así como normativas y políticas fiscales que regulan la publicidad de alimentos y bebidas y el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias. La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 pone el foco en los factores de riesgo, proponiendo “desarrollar hábitos y estilos de vida saludables que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población”. En consonancia con ello, en 2013 se promulgó la Ley N° 20.670 que creó el programa “Elige vivir sano”, destinado a promover hábitos y estilos de vida saludables.

3.2.5. Colombia

3.2.5.1. Regulación de los cuidados paliativos

En el 2014 se promulgó la Ley No. 1733, que regula los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles. En cumplimiento de la sentencia T-970 del 2014 de la Corte Constitucional, el MSPS diseñó un protocolo que garantiza la muerte digna a los colombianos en todos los hospitales y clínicas del país.

3.2.6. Costa Rica

3.2.6.1. Estrategia Nacional para un envejecimiento saludable 2017-2020

El Ministerio de Salud de Costa Rica convocó en el 2016 a un grupo de instituciones, para definir una estrategia nacional y su respectivo plan de acción, con base en la Estrategia Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la OMS, para lo cual contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Este grupo conformó la Comisión Nacional de Envejecimiento Saludable (CONAES) integrada por representantes del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), el Minis-

terio de Educación Pública (MEP), el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), el Instituto de la Mujer (INAMU), el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Consejo de la Persona Joven (CPJ), el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS), la Universidad de Costa Rica (UCR), la Universidad Nacional (UNA), la Unión Nacional de Gobiernos Locales (UNGL), la Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad (DINADECO), la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CENCINAI), la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO) y la Alianza Empresarial para el Desarrollo (AED).

El resultado del trabajo de estas instituciones ha sido la Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable, Basado en el Curso de Vida 2017-2020 que se presentó el 3 abril de 2018 y tiene como fin, articular esfuerzos y trabajar activamente en un proceso de construcción para incidir en los factores protectores del envejecimiento y la salud, aplicando el enfoque de curso de vida.

La Estrategia plantea los siguientes ejes de trabajo:

- **Eje 1:** Compromiso multisectorial para el envejecimiento saludable.
- **Eje 2:** Entornos saludables que favorezcan el envejecimiento.
- **Eje 3:** Servicios sociosanitarios para responder a las necesidades de las personas mayores desde un enfoque de curso de vida.
- **Eje 4:** Sistema de prestación de atención a largo plazo, sostenible y equitativo.
- **Eje 5:** Investigación, seguimiento y evaluación sobre el envejecimiento saludable para que las instituciones implementen intervenciones según las necesidades detectadas.

3.2.7. Cuba

3.2.7.1. Programa Integral del Adulto Mayor

El Programa Integral del Adulto Mayor, uno de los priorizados en el Sistema Nacional de Salud, cuenta con tres subprogramas: atención comunitaria (con un enfoque que prioriza la atención primaria, se apoya en la figura del médico de la familia y utiliza los círculos y casa de abuelos, así como otras alternativas no institucionales con participación comunitaria), atención en instituciones

sociales (red de hogares de ancianos, establecimientos residenciales para aquellos adultos mayores que necesitan cuidados permanentes y carecen de toda posibilidad de permanecer en la comunidad) y atención hospitalaria.

El programa contempla, entre otras actuaciones, la realización anual del examen periódico de salud por el médico y la enfermera de la familia.

3.2.8. Ecuador

3.2.8.1. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor del Instituto de la Niñez y la Familia (INFA)

El Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, ejecutado por el Instituto de la Niñez y la Familia (INFA), entrega una canastilla de alimentos básicos, un complemento alimentario e información sobre nutrición en beneficio de los adultos mayores en situación de vulnerabilidad. El programa formó parte de la iniciativa Aliméntate Ecuador (hasta 2012) y actualmente se inscribe en el Plan Nacional para el Buen Vivir. Sus objetivos son contribuir a mejorar la toma de decisiones en relación al adulto mayor, sobre la base del diagnóstico nacional sobre la Salud, Bienestar y Envejecimiento del adulto mayor (SABE); movilizar y sensibilizar a la ciudadanía sobre el envejecimiento activo, en especial sobre hábitos alimentarios saludables en el adulto mayor, y contribuir a incrementar el acceso alimentario y a mejorar el estado nutricional de los adultos mayores de los quintiles 1 y 2 de pobreza.

3.2.8.2. Capacitación en autocuidado de la salud (Municipio de Quito)

El Municipio de Quito, con la colaboración del equipo de la Clínica Metabólica de la Unidad Metropolitana de Salud Centro (UMSC), lleva a cabo jornadas de capacitación dirigidas a los adultos mayores en temas de autocuidado de la salud. La mayoría de los adultos mayores beneficiarios de estas capacitaciones padecen enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, cuya prevalencia es muy alta entre la población adulta mayor debido a los deficientes hábitos alimenticios que se acarrean desde la juventud y a la poca importancia que se da a una alimentación saludable. Algunas iniciativas recientes, como la adopción del “semáforo nutricional” en el etiquetado de alimentos procesados que informa a los consumidores sobre la cantidad de grasas, grasas saturadas, azúcar y sal de diversos productos alimenticios, han contribuido a mejorar la salud nutricional de los adultos mayores en Ecuador.

3.2.8.3. Programa de Prevención para el Adulto Mayor del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)

El objetivo fundamental del Programa de Prevención para el Adulto Mayor que desarrolla el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) es impulsar acciones de promoción y prevención para la participación y acompañamiento en el proceso de envejecimiento activo y saludable, ofreciendo alternativas de terapias ocupacionales a fin de mejorar sus condiciones estilo de vida. El programa está dirigido a todos los asegurados del ISSFA, con prioridad a los adultos mayores, que tengan entusiasmo por aprender, compartir y conocer nuevas experiencias que posibiliten su crecimiento individual y social. Para el cumplimiento de sus objetivos, el Programa cuenta con espacios físicos habilitados y acondicionados, ubicados en la Av. Rodrigo de Chávez, de Quito, y en el Auditorio de la Regional del ISSFA en Guayaquil. Entre las actividades que se realizan destacan la terapia ocupacional, el desarrollo de destrezas, los talleres de motricidad y estimulación de la memoria, así como eventos sociales, culturales y de vinculación con la comunidad.

3.2.9. El Salvador

3.2.9.1. Componente de promoción de la salud y nutrición del programa “Nuestros Mayores Derechos”

Desde el año 2009, el Consejo de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores (CONAIPAM) ejecuta el programa “Nuestros Mayores Derechos”, desde el cual ha presentado la propuesta de política pública para las personas mayores, el proyecto de Ley de la Persona Adulta Mayor, así como otras acciones estratégicas dirigidas a dignificar la vida de las personas de edad. Uno de los componentes de este programa es el de promoción de la salud y nutrición, que en el marco de la Estrategia Nacional de Salud, desarrolla acciones específicas como visitas domiciliarias, levantamiento de expedientes, atención médica a hogares y residencias sustitutas y suministro de medicamentos. En materia de nutrición se realizan entregas de alimentos a hogares sustitutos de personas adultas mayores y se ha llevado a cabo un proyecto piloto para la promoción de huertos comunitarios con el objeto de mejorar la nutrición de las personas mayores en sus comunidades y generar recursos económicos.

3.2.10. España

3.2.10.1. Estrategia de Promoción de la salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud (España)

La Estrategia de Promoción de la salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud fue aprobada por el Consejo Intersectorial del SNS en diciembre de 2013. Fue creada para la universalización y el desarrollo progresivo de intervenciones identificadas como “buenas prácticas” en un nivel primario de salud (dentro de la Estrategia de Abordaje de la cronicidad en el SNS) y se propone como objetivo cuantificable, el aumento en 2 años de la esperanza de vida en buena salud al nacer en España para el 2020.

La Estrategia se articula en un eje tridimensional de acción: por poblaciones, por entornos y por factores a abordar.

- Para la primera fase de la Estrategia se han priorizado dos poblaciones: la infancia (menores de 15), por su importancia como inversión de futuro en salud, y los mayores de 50 años, por ser la población en la que se acumulan los riesgos y problemas crónicos, así como un periodo esencial para prevenir el deterioro funcional y potenciar la reserva cognitiva, intensificando las intervenciones de promoción de la salud.
- En la población mayor de 50 años, se abordan el entorno sanitario y el comunitario. En relación al entorno sanitario cabe destacar el protagonismo que se otorga a atención primaria, al ser puerta de entrada al sistema sanitario y nivel en el que se desarrollan actividades de promoción de los estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad.
- Los factores que se abordan en la Estrategia son la alimentación, la actividad física, el consumo nocivo de alcohol y el consumo de tabaco (todos ellos identificados como esenciales desde el punto de vista del abordaje de la cronicidad), así como el bienestar emocional y la seguridad del entorno con el objetivo de prevenir lesiones no intencionales.

Las intervenciones priorizadas por esta estrategia para la población mayor de 50 años son las siguientes:

- El consejo integral sobre estilos de vida en atención primaria vinculado a recursos comunitarios en población mayor de 50 años.
- El cribado de fragilidad y riesgo de caídas en las personas de 70 y más años.

- La atención multifactorial a la persona mayor, mediante el desarrollo de planes de intervención preventiva y seguimiento individualizado.

3.2.10.2. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

Esta Estrategia, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012, establece un conjunto de objetivos y recomendaciones para el Sistema Nacional de Salud dirigidos a orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y de las limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral. Su visión es adaptar el Sistema Nacional de Salud para que pueda responder a los cambios en las necesidades de atención sanitaria y sociosanitaria que ocasionan el envejecimiento de la población y el incremento de la cronicidad de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad, garantizando la calidad, la seguridad, la continuidad en los cuidados, la equidad y la participación social.

Los objetivos generales de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud son disminuir la prevalencia de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, reducir la mortalidad prematura de las personas que ya presentan alguna de estas condiciones, prevenir el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso y mejorar su calidad de vida y la de las personas cuidadoras.

Una de las medidas contempladas es la estratificación de la población para identificar subgrupos con diferentes niveles de necesidad y riesgo, e implantar en ellos planes individualizados de atención, adaptados a sus necesidades. En ese sentido, se han desarrollado una serie de herramientas que están siendo utilizadas por las comunidades autónomas para estratificar a los pacientes dependiendo del grado de complejidad, en "Grupos de Morbilidad Ajustados", útiles desde el punto de vista de la macrogestión sobre todo para organizar servicios y planificar necesidades. Una vez clasificados e identificados los pacientes, algunos servicios de salud han avanzado en el diseño de rutas para facilitarles la mejor asistencia. No obstante, es oportuno señalar que sobre esta orientación se ha manifestado críticamente la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), con el argumento de que el etiquetado no es el mejor sistema para identificar, atender y cuidar las personas en situación de fragilidad. Por este motivo, la SEMFYC ha propuesto estudiar modelos que no se basen en la estratificación de

pacientes, sino en el fortalecimiento del actual sistema de atención primaria, que es el que ha demostrado más eficiencia en todos los escenarios, y en la atención a las personas en su comunidad a lo largo de su vida, evitando la fragmentación de cuidados que empeora los resultados en salud.

Otras de las actuaciones llevadas a cabo han sido la formulación de un marco estratégico para el abordaje del dolor crónico, para garantizar su tratamiento con las máximas garantías de equidad y de calidad, y el abordaje de la desnutrición en pacientes hospitalizados y su prevención mediante la implementación de protocolos.

3.2.10.3. Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud

La Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 13 de abril de 2016, busca mejorar la calidad y la equidad de la atención de las personas con enfermedades neurodegenerativas, y de sus cuidadores y familiares, promoviendo la respuesta integral y coordinada a sus necesidades por parte del sistema sanitario y social, respetando su autonomía y valores y estimulando la implicación y responsabilidad de la comunidad. Se plantea como objetivo establecer compromisos apropiados, viables y medibles para contribuir a la homogeneidad y mejora de la atención a las personas con enfermedades neurodegenerativas, a sus cuidadores y familiares en España.

Los grupos de enfermedades consideradas dentro de esta estrategia son las siguientes:

- Enfermedad de Alzheimer, y otras demencias neurodegenerativas, como demencia frontotemporal, demencia por cuerpos de Lewy y demencia vascular.
- Enfermedad de Parkinson y otras enfermedades neurodegenerativas relacionadas (parálisis supranuclear progresiva, degeneración corticobasal, atrofia multisistémica).
- Enfermedad de Huntington.
- Esclerosis Lateral Amiotrófica.
- Esclerosis Múltiple.

Entre las líneas estratégicas que contempla cabe destacar la prevención de la enfermedad y la mejora del diagnóstico precoz, la sensibilización sobre las enfermedades neu-

rodegenerativas para aminorar el estigma, la atención a las personas cuidadoras, la formación de profesionales y el fomento de la investigación en líneas como estudios epidemiológicos, factores de riesgo, nuevas terapias farmacológicas o tratamientos no-farmacológicos.

3.2.11. Guatemala

3.2.11.1. Programa “Mis Años Dorados”, de la SOSEP

El Programa Nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados” de la Secretaría de obras Sociales de la Esposa de Presidente (SOSEP) colabora con diferentes Municipalidades, Ministerios, Secretarías, empresas privadas y personas individuales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores del país, esto mediante acciones de mejoras en beneficio de la población adulta mayor. Fue creado por Acuerdo Interno nº 183-2012 de 16 de julio de 2012, con los siguientes objetivos:

- Brindar una atención diurna e integral para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que viven en pobreza y pobreza extrema.
- Contribuir a la conservación de sus facultades mentales y físicas.
- Realizar actividades para hacerlos miembros activos y productivos de su comunidad.
- Ayudar a disminuir la brecha generacional, creando un espacio que promueva el intercambio de conocimientos y experiencias entre los adultos mayores, niños y jóvenes de su comunidad.
- Atender a los adultos mayores para que en algunos casos sus familiares puedan seguir siendo productivas, con la seguridad de que sus adultos mayores están siendo atendidos de forma integral.
- Fomentar la integración familiar involucrando y educando a la familia en los cuidados y atención del adulto mayor.

El programa, que cuenta con 75 centros en 18 departamentos y 56 municipios, brinda atención integral a los adultos mayores en los siguientes componentes:

- **Alimentación:** En todos los centros de atención se brinda alimentación gratuita a cada uno de los beneficiarios, proporcionándoles 3 raciones diarias (2 refacciones y almuerzo).

- **Terapia Física:** Se realizan actividades personalizadas a cargo de fisioterapeutas, con el objetivo de fortalecer la salud física de los beneficiarios.

- **Atención primaria en salud:** A través de coordinaciones a nivel local, se mejora la salud de los beneficiarios a través de jornadas médicas, atención odontológica, evaluaciones oftalmológicas, toma diaria de signos vitales, control de medicamentos y curaciones menores.

- **Apoyo Psicológico:** Se desarrollan actividades de evaluación psicológica y de diagnóstico para luego realizar terapias en búsqueda de una adecuada salud mental.

- **Terapia Ocupacional:** Se llevan a cabo actividades productivas tales como la elaboración de huertos y artesanías, entre otros.

Las actividades se planifican y organizan por medio de un horario de atención que toma como eje principal las características y/o limitaciones de cada adulto mayor que se presenta en los Centros de Atención, fomentando con ello la atención individualizada y la mejora continua de los procesos desarrollados por el Programa.

Con el objetivo de brindar un mejor servicio a los adultos mayores se han desarrollado alianzas de cooperación interinstitucional, coordinaciones y gestiones locales, con entidades públicas y privadas, así como con la comunidad en general, logrando sensibilizar a estos sectores con respecto a la atención que requieren los adultos mayores.

En el año 2018 se tiene programado ampliar la cobertura de hasta 10 centros más en diferentes municipios, con el objetivo de continuar expandiendo los beneficios del programa.

3.2.12. Honduras

3.2.12.1. Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor

El Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor de Honduras ofrece los siguientes servicios:

- Cobertura médica gratuita a toda la población adulta mayor urbana y rural.
- Preferencia en la atención.
- Una clínica de atención al adulto mayor en el Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO) Miguel Paz Barahona de San Pedro de Sula.

- Una clínica de atención al Adulto Mayor en el CESAMO Alonso Suazo de Tegucigalpa.
- Control y tratamiento de las enfermedades crónicas en todas las unidades de salud.
- Jornada de vacunación contra el virus de la gripe.

Uno de los instrumentos para la aplicación del Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor son los Centros de Cuidado Diurno para Adultos Mayores (CE-CUIDAM), creados en colaboración con los gobiernos municipales para impulsar un modelo de atención integral que brinde atención médica, psicológica, terapia física y ocupacional, alimentación, además de otras actividades que fortalezcan la participación social y los lazos familiares del adulto mayor.

La Dirección General del Adulto Mayor de la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS) ejecuta asimismo el Programa Alimento Solidario Adulto Mayor (ASAM), que entrega a los adultos mayores una canasta básica de alimentos mensual para complementar su dieta. Sus beneficiarios son personas mayores de 65 con discapacidad y personas mayores de 70 años en situación de pobreza o extrema pobreza, y que no participen del Programa “Bono 10 Mil”.

3.2.13. México

3.2.13.1. Programa de Atención del Envejecimiento 2013-2018

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) tiene a su cargo el Programa de Acción Específico “Atención del Envejecimiento 2013-2018”; este programa está bajo la Rectoría de la Secretaría de Salud, y es acorde con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018, desarrollándose con la participación de todas las instituciones de salud del país. Plantea estrategias de prevención, control, atención y limitación del daño, para la persona adulta mayor. Este plan permite conjuntar esfuerzos para la organización de los servicios de salud, mejorando la capacidad de respuesta a las necesidades de las personas adultas mayores.

3.2.13.2. Programa Quinquenal 2012-2017 del Instituto Nacional de Geriátría

El Instituto Nacional de Geriátría (INGER) cuenta con un Programa Quinquenal 2012-2017, que a su vez tiene

como marco jurídico, entre otros, el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Sectorial de Salud y el Programa de Acción Específico “Atención del Envejecimiento 2013-2018”. Este programa busca ampliar las oportunidades para que los adultos mayores mexicanos conserven la salud al envejecer.

3.2.13.3. Programa de Atención al Adulto Mayor de la Secretaría de Marina

La Secretaría de Marina (SEMAR) cuenta con el “Programa de Atención al Adulto Mayor”, encaminado a promover y conservar la Salud y el Bienestar social de los militares en activo, retirados, pensionistas y derechohabientes considerados adultos mayores a través de los programas de investigación social, de actividades médico preventivas, de actividades asistenciales y de promotores de la salud. La Secretaría brinda atención médica especializada, apoyo con auxiliares para la marcha, servicio de rehabilitación, sala de día para fortalecimiento de memoria, programas mensual de pláticas de información y prevención y apoyo para el traslado de domicilio al hospital y viceversa.

3.2.13.4. Plan de Acción Alzheimer y otras demencias

El Instituto Nacional de Geriátría (INGER) coordinó la elaboración del “Plan de Acción Alzheimer y otras demencias”, actualmente vigente. Su objetivo es promover el bienestar de las personas con Enfermedad de Alzheimer y enfermedades afines así como la de sus familiares, mediante el fortalecimiento de la respuesta del Sistema de Salud Mexicano, en sinergias con todas las instituciones responsables. Participan en este programa, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez; el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz; el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores INAPAM; y la Federación Mexicana de Alzheimer.

3.2.14. Nicaragua

3.2.14.1. Plan de Salud del Adulto Mayor del INSS

El Plan de Salud del Adulto Mayor del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) apuesta por un modelo de atención integral a los pensionados y pensionadas del INSS, con un enfoque de promoción de la salud, prevención de enfermedades y complicaciones de patologías ya existente, que además de incrementar la esperanza de vida se traduzca en mejoras de la calidad

de vida y salud, y contribuya a mantener la autonomía y la independencia física, mental, económica y social. En el marco de este plan, se han ampliado las prestaciones de salud al 100% de las enfermedades que padecen los adultos mayores, en los diferentes niveles de atención, en instituciones públicas y privadas a nivel nacional.

El plan da cobertura al 100% de los jubilados, a los que garantiza la atención de salud ante cualquier enfermedad, sin exclusiones, en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencias. Se Incluyen las enfermedades de alto costo (cardíacas, vasculares, neurológicas, cáncer, insuficiencia renal, etc.) y se garantiza la realización de procedimientos diagnósticos y de tratamiento cardiovasculares, procedimientos neuroquirúrgicos, colocación de prótesis, terapia sustitutiva renal (hemodiálisis), medicamentos, exámenes de laboratorio clínico, de imagenología, estudios endoscópicos, etc.

3.2.15. Panamá

3.2.15.1. Programa de Salud Adulto Mayor

El Programa de Salud Adulto Mayor, impulsado por el departamento de Salud y Atención Integral a la Población (Subdirección General de Salud de la Población, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Salud de Panamá, MINSa), tiene como misión asegurar la elaboración de las Normas Técnicas y Administrativas, Guías de Manejo y Protocolos de Atención de Salud Integral del Adulto Mayor, así como su cumplimiento a través del monitoreo oportuno en las instalaciones de salud, para contribuir a recuperar la autonomía del adulto mayor y mejorar su calidad de vida.

Las funciones que desempeña el programa son las siguientes:

- Elaborar conjuntamente con el equipo técnico del nivel regional, las normas y procedimiento técnicos para la atención integral de la población adulta mayor.
- Asesorar al personal técnico de los niveles regionales y locales de salud, otras instituciones del Estado y privadas, Organizaciones No Gubernamentales y sociedad civil, en la aplicación y cumplimiento de las normas, Guías de manejo, protocolos y procedimientos de Salud Integral de Adultos y Adultas Mayores.
- Participar en la elaboración y desarrollo del presupuesto, de los planes y proyectos relacionados con la atención de salud integral del adulto mayor.

- Revisar y validar permanentemente, en base a evidencia científica las normas y procedimientos jurídicos y técnico para la atención integral de la población adulta mayor.
- Supervisar, vigilar, y evaluar en forma periódica el cumplimiento de las regulaciones sanitarias de la población adulta mayor.
- Coordinar las comisiones de trabajo de los expertos en la problemática de las enfermedades del adulto mayor.
- Monitorear conjuntamente con el equipo técnico regional, el avance de las actividades relacionadas a la atención integral de la adultez mayor en cuanto a la calidad, resultados y oportunidades.
- Evaluar y vigilar el cumplimiento de las Normas Técnicas y Administrativas, Guías de Manejo y Protocolos de Atención de Salud Integral de Adulto Mayor, según los lineamientos y Políticas de Salud.
- Elaborar las normas de la atención de salud integral de las enfermedades de la población adulta mayor.

En 2017 se ha concluido la actualización de la Historia Clínica del Adulto y Adulto Mayor, actividad que culminó con la Resolución N°051 del 09 de febrero de 2017 "Que adopta y aprueba la Historia Clínica de las Personas Adultas y Adultas Mayores (Valoración Geriátrica Integral), la Hoja de Evolución y sus respectivos instructivos de llenado". Entre las actividades actualmente en curso destacan la coordinación con el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y la Universidad del Trabajo y de la Tercera Edad para la confección de una Guía y de un Curso Cuidadores de personas adultas dependientes, y la confección de un formulario Integral para el seguimiento de Hogares de Ancianos, que están abordando conjuntamente MINSa, MIDES y la Secretaría Nacional de Discapacidad (SENADIS).

3.2.16. Paraguay

3.2.16.1. Programa de Pensión Alimentaria para Adultos Mayores en situación de extrema pobreza

Con la promulgación de la Ley N° 3728/09, el Estado paraguayo estableció el derecho a la pensión alimentaria para los adultos mayores en situación de pobreza. Es una política de Estado que consiste en una asistencia monetaria mensual, equivalente al 25% del salario mínimo vigente, cuyos beneficiarios son las personas de 65 años y más en situación de pobreza, de nacionalidad paraguaya natural,

que residen en el país y que no perciban pensiones o jubilaciones por parte del Estado, entre otras condiciones administrativas. La Dirección de Pensiones No Contributivas (DPNC) es responsable de su aplicación. La identificación de las familias con personas mayores de 65 años en situación de pobreza extrema elegibles para el programa de pensión alimentaria se lleva a cabo a través de la ficha social, implementada por la Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social (STP).

La pensión alimentaria para adultos mayores en situación de pobreza ha tenido importantes avances de cobertura, comenzando con 909 beneficiarios en 2010 y alcanzando 153.239 beneficiarios activos en mayo de 2017. No obstante, existe una brecha de cobertura que implica un desafío para los próximos años, pues la población objetivo de la pensión se estima en unas 200.000 personas. Cabe destacar que este programa utiliza una definición multidimensional de la pobreza en el proceso de selección de sus potenciales beneficiarios, que integra las dimensiones de privación de recursos corrientes (ingreso), recursos patrimoniales (estructural), y vulnerabilidad de las personas adultas mayores.

3.2.17. Perú

3.2.17.1. Estrategias de promoción de la salud, prevención de riesgos y actividades socio-culturales para adultos mayores del Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud desarrolla estrategias de promoción de la salud, prevención de riesgos y actividades socio-culturales a través de los Centros del Adulto Mayor, la aplicación del instrumento para la valoración clínica para adultos mayores "VACAM" (Norma Técnica N°043-MIMSA/DGSP-V.01), el uso de la Libreta de Salud del Adulto Mayor y la implementación de servicios diferenciados en el Primer Nivel – Tayta Wasi. Existe también un programa de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor con participación de los gobiernos municipales a través de un programa de incentivos para su creación o adecuación, y se desarrollan acciones dirigidas a los cuidadores y familiares de adultos mayores.

3.2.17.2. Centros del Adulto Mayor (CAM)

Los CAM son una iniciativa del Seguro Social de Salud (EsSalud) donde se realizan actividades de promoción de la salud, se promueve el envejecimiento activo y saludable a través de actividades de autocuidado de la salud, talle-

res de mantenimiento de funciones cognitivas y actividades físicas y recreativas. Las personas adultas mayores (personas de 60 años y más afiliadas a EsSalud) reciben atención sanitaria a través de la Unidad Básica de Atención al Adulto Mayor (UBAAM) que brinda actividades de prevención, mantenimiento-control de sus enfermedades y otorga medicinas básicas.

3.2.17.3. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)

El Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) es un servicio de EsSalud en el domicilio a pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna. La población usuaria de este programa está conformada por personas adultas mayores de más de 80 años, pacientes con dependencia funcional temporal o permanente y pacientes con enfermedades terminales. Este servicio ofrece la asignación de un médico de cabecera, visitas médicas al domicilio junto con las de otros profesionales de la salud (Enfermería, Terapia Física y Rehabilitación, Psicología, Servicio Social) y servicios de ayuda al diagnóstico (servicios de laboratorio, rayos X y electrocardiogramas a domicilio).

3.2.18. Portugal

3.2.18.1. Estrategia Nacional para el Envejecimiento Activo y Saludable 2017-2025

En julio de 2017 se presentó en Portugal la propuesta de Estrategia Nacional para el Envejecimiento Activo y Saludable 2017-2025 (ENEAS), elaborada por un grupo de trabajo interministerial. El documento reconoce la necesidad de una acción concertada y la exigencia de una gobernanza integrada.

La ENEAS está en línea con el Plan Nacional de Salud de Portugal, con las propuestas de acción de la Unión Europea para la promoción del envejecimiento activo y saludable y de la solidaridad entre las generaciones, y con la Agenda 2030 y sus objetivos de desarrollo sostenible, especialmente el objetivo 3 ("Asegurar las vidas sanas y promover el bienestar para todos, a cualquier edad").

Los objetivos de la ENEAS se basan en la promoción de la salud y el bienestar de las personas mayores, así como en el reconocimiento del hecho de que los beneficios y la importancia del envejecimiento activo y sano a lo largo del ciclo de vida exigen la aplicación de políticas intersec-

toriales y el enfoque holístico en la construcción de una "sociedad para todas las edades".

Objetivos Generales:

- a) Sensibilizar sobre la importancia del envejecimiento activo y la solidaridad entre las generaciones y promover el cambio de actitudes hacia el envejecimiento y las personas mayores.
- b) Promover la cooperación y la intersectorialidad en la realización de la Estrategia Nacional para el Envejecimiento Activo y Saludable.
- c) Contribuir al desarrollo de políticas que mejoren la calidad de vida de las personas mayores.

Objetivos específicos:

- a) Promover iniciativas y prácticas encaminadas a reducir la prevalencia y el impacto de las enfermedades crónicas y la reducción de las capacidades físicas y mentales en las personas mayores, y mejorar el acceso a los servicios sanitarios y de cuidado y de calidad.
- b) Fomentar el desarrollo de iniciativas para promover la autonomía de las personas mayores.
- c) Promover la educación y formación a lo largo del ciclo de vida enfocando la promoción de la alfabetización en salud.
- d) Fomentar la creación de entornos físicos y sociales protectores y potenciadores de la integración y participación de las personas mayores.
- e) Apoyar el desarrollo de iniciativas y prácticas encaminadas a promover el bienestar y la seguridad de las personas mayores.
- f) Promover iniciativas y prácticas para reducir el riesgo de accidentes en la persona de edad.
- g) Fomentar la investigación científica en el área del envejecimiento activo y saludable.

La ENEAS presenta líneas orientadoras para la acción en el ámbito de la prevención y gestión de las enfermedades crónicas y la reducción de las capacidades físicas y mentales en las personas mayores, así como en el ámbito de la reorientación del sistema de salud para atender las necesidades de las personas mayores, considerando las necesidades específicas de mujeres y de hombres, y de la lucha contra el edadismo en el acceso y la utilización de los servicios. Estas iniciativas deben llevarse a cabo en

estrecha conexión con los programas y estrategias existentes, como forma de garantizar la coherencia de las políticas.

3.2.18.2. Red Nacional para Cuidados Continuos Integrados (RNCCI)

Históricamente la prestación de servicios de bienestar ha estado en Portugal a cargo de redes informales, como las familias o las instituciones de beneficencia (Misericórdias), mientras que el sector público desempeñaba solo un papel minoritario. Esta situación cambió en el año 2006, cuando el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Solidaridad Social fundaron, a través del Decreto-Ley No 101/2006 de 6 de junio, la Red Nacional para Cuidados Continuos Integrados (RNCCI).

La RNCCI ofrece diversos servicios, como residencias con asistencia médica, cuidados en residencia, centros de día, servicios en domicilio y alojamiento en familia. Los pensionistas que requieran cuidados permanentes también disponen del "suplemento de dependencia". Las familias que tengan que hacer frente al pago de cuidados destinados a progenitor, pueden beneficiarse de deducciones fiscales.

El sistema cuenta con financiación pública del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Solidaridad Social, pero también necesita ser cofinanciado por los beneficiarios mediante copago.

La RNCCI ha mantenido un crecimiento continuado desde su fundación, que se ha ralentizado en los años más recientes. Ese crecimiento ha estado caracterizado por diversas asimetrías, entre las que cabe destacar las asimetrías regionales, y en especial la carencia de camas y plazas en los grandes centros urbanos, así como las asimetrías por tipologías de recursos, con un claro predominio de los recursos de internamiento en detrimento de los recursos de atención domiciliaria. El mayor crecimiento lo han experimentado las Unidades de Larga Duración y Mantenimiento (ULDM), que no obstante son insuficientes para atender todas las necesidades existentes, mientras que ha habido una dotación menor y más desigual de las Unidades de Convalecencia (UC) y de las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP).

En el año 2016 se aprobó un plan para promover la expansión de la RNCCI, mediante la mejora y el incremento de la capacidad de los recursos existentes, y el desarrollo y la diversificación de nuevas respuestas, a partir de una mejor comprensión del fenómeno del envejecimiento y la dependencia y de las necesidades asociadas. El plan opta por un refuerzo de las respuestas comunitarias, pre-

conizando que la comunidad, y en particular la casa de cada persona, su contexto vital y su familia, sea el contexto prioritario de los cuidados.

3.2.19. Principado de Andorra

3.2.19.1. Campaña informativa sobre medicamentos y personas mayores

El Departamento de Salud del gobierno de Andorra desarrolla una campaña informativa permanente sobre medicamentos y personas mayores, para prevenir un uso inadecuado de los medicamentos entre esta población, que constituye un grupo de riesgo elevado de sufrir los efectos negativos de los medicamentos. Los principales factores de riesgo identificados son la polimedicación, la automedicación, las modificaciones en la farmacocinética y en la farmacodinámica producidas por el envejecimiento, que hacen que la gente mayor no responde de la misma manera a los medicamentos que los otros grupos de edad, el mal cumplimiento de los tratamientos, la prescripción inadecuada y la falta de ensayos clínicos previos en personas mayores.

3.2.20. República Dominicana

3.2.20.1. Programas del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE)

Entre las iniciativas dirigidas a las personas mayores más relevantes, destacan el Programa de Protección al Envejeciente en Extrema Pobreza (PROVEE), el Programa de Visitas Domiciliarias, y las Unidades Especializadas en Violencia contra el Adulto Mayor.

El objetivo del programa PROVEE, gestionado por el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), es que ningún adulto mayor quede fuera de la protección social y reducir la pobreza extrema. PROVEE, que facilita 400 pesos mensuales a los adultos mayores, para poder comprar alimentos en los puntos solidarios que hay en el país, cuenta con un presupuesto anual de cuatrocientos millones de pesos.

El programa de Visitas Domiciliarias de CONAPE tiene como objetivo erradicar la dependencia y mejorar la salud de los adultos mayores que se encuentran en un estado de salud delicado en sus hogares. Es un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, que articula un conjunto de prestaciones que van desde la atención personal y doméstica hasta el apoyo psicosocial

y familiar. Permite prolongar la permanencia en el hogar de las personas dependientes, y mantener su inserción en la comunidad y sus roles familiares y sociales.

Las Unidades Especializadas en Violencia contra el Adulto Mayor son una iniciativa conjunta del CONAPE y la Procuraduría General de la República, para brindar asesoría legal y apoyo a las personas adultas mayores.

3.2.21. Uruguay

3.2.21.1. Programa Nacional del Adulto Mayor

El Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública de Uruguay tiene como propósito favorecer un envejecimiento activo y saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, colaborando en el mantenimiento del adulto mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud. El objetivo general del Programa es promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas del Estado y la comunidad, favoreciendo su inserción como ciudadanos desde la perspectiva socio cultural, y en sus derechos a la salud.

Uno de los objetivos específicos del Programa es promover la creación y fortalecimiento de una red sociosanitaria de servicio integral e integrado de salud tanto en el ámbito público como privado, que responda a las necesidades de las personas adultas mayores, reorientando servicios existentes y creando aquellos que fueran necesarios.

Las actividades contempladas en el Programa son las siguientes:

- La puesta en marcha en todos los centros de salud de actividades de promoción, prevención y valoración geriátrica del anciano de alto riesgo, mediante:
 - Talleres de capacitación con personal entrenado a profesionales del primer nivel de atención.
 - Profesionales del primer nivel identificados como “vínculos de enlace” con el equipo de Valoración Geriátrica del centro hospitalario del área correspondiente.
 - Aplicación del test de Barber y detección de fragilidad.

- La aplicación del Carné del Adulto Mayor a nivel nacional.
- La creación de servicios extrahospitalarios, como centros diurnos y servicios de ayuda domiciliaria, que favorezcan la disminución o el retardo de la institucionalización de adultos mayores.
- La aplicación de las siguientes prestaciones por parte del Sistema Nacional Integrado de Salud:
 - **Primer Nivel:** Promoción de la salud de usuarios de 65 años y más; Educación para la salud; Control Programado Anual de los adultos mayores de 65 a 74 años; Control Programado Trimestral de los adultos mayores de 75 años y más y todos los adultos mayores detectados como vulnerables; Control Programado anual de los adultos mayores de 75 años y más, y vulnerables; Inmunizaciones Programadas de los usuarios de 65 años y más; Atención a demanda de los adultos mayores de 65 años y más; Servicio de Ayuda Domiciliaria para adultos mayores enfermos, frágiles o incapaces de desplazarse o en situación de enfermedad terminal o que viven solos.
 - **Segundo nivel:** Internación de adultos mayores de 65 años y más.
 - **Tercer nivel (Unidades especializadas):** Unidad Geriátrica de Agudos (UGA); Unidad de Media Estancia (UME); Hospital de Día.

3.2.21.2. Préstamos para acceso a prótesis y órtesis

El programa tiene como objetivo otorgar préstamos a jubilados y pensionistas para financiar tratamientos odontológicos, prótesis en general, órtesis, lentes, audífonos y similares. La finalidad es contribuir a que las personas beneficiarias puedan acceder a una mejor calidad de vida, a través de una línea de créditos sociales que funcionan a modo de subsidio pagaderos en un sistema de cuotas con una tasa de interés baja.

Los préstamos son en pesos uruguayos a 6, 12, 18 o 24 meses y con tasas bajas de interés. Se prestan hasta seis veces el valor de la jubilación o pensión, fijándose un tope máximo de 40 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC). La BPC se sitúa, a 1 de enero de 2018, en 3.848 pesos uruguayos.

Pueden acceder a estos préstamos: personas jubiladas, pensionistas o personas beneficiarias del programa Asistencia a la vejez del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) cuya pasividad no supere 15 BPC.

3.2.21.3. Actividades de educación permanente

Las Actividades de Educación Permanente contribuyen al fortalecimiento de las capacidades de aprendizaje y formación, así como al desarrollo de hábitos saludables desde una perspectiva integral de las personas mayores. Las actividades están dirigidas a la población adulta mayor de 60 años del departamento de Montevideo.

Esta iniciativa brinda jornadas educativas en las que se incluyen seminarios, charlas y talleres sobre temáticas específicas de acuerdo a la demanda de las personas adultas mayores y organizaciones de la sociedad civil. Por otro lado, también se promueve un envejecimiento activo a través de la lectura y la escritura.

3.2.22. Venezuela

3.2.22.1. Programa especial de salud de la Gran Misión en Amor Mayor Venezuela

La Gran Misión en Amor Mayor Venezuela es un programa social orientado a los adultos mayores que no lograron cotizar en el Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS), y que ahora pueden cobrar pensiones de vejez homologadas con el salario mínimo. Son beneficiarias y beneficiarios de la Misión todas las mujeres adultas mayores a partir de 55 años y todos los hombres adultos mayores a partir de 60 años, sean venezolanas, venezolanos o extranjeras y extranjeros, con residencia legal en el país durante los últimos 10 años.

Además de recibir una pensión por un monto equivalente al salario mínimo vigente, los beneficiarios cuentan con acceso al sistema financiero, turismo social, recreación y un programa especial de salud, con énfasis en la atención de personas que se encuentran en situación de pobreza.

3.3. Gasto público y privado en salud

La insuficiencia de financiamiento y la ineficiencia en la asignación y el uso de los recursos disponibles para la atención de la salud representan retos importantes para la Región Iberoamericana. El promedio simple del gasto total en salud en los 22 países de la región era, en 2014 (último para el que se dispone de datos) del 7,7% del PIB,

con diferencias muy significativas entre países (desde sólo el 4,4% en la República Dominicana hasta más del 11% en Cuba), y algo más de un punto porcentual por debajo del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), cuyo gasto total en salud era de un 8,8% del PIB.

Atendiendo a la composición del gasto, se observan grandes diferencias entre países, pues junto a algunos, como Cuba, donde el gasto público supone la casi totalidad del gasto en salud (95,6%), y otros donde el sector público aporta entre el 70 y el 80% del gasto total en salud (Andorra, 78,0%; Colombia, 75,1%; Panamá, 73,2%; Costa Rica, 72,6%; Bolivia, 72,1%; España, 70,9%), hay otros en los que la aportación del sector público al gasto total en salud es minoritaria (Venezuela, 29,4%; Guatemala, 37,6%; Paraguay, 45,9%; Brasil, 46,0%; Ecuador, 49,2%; Chile, 49,5%). Como resultado, el promedio de gasto público en salud en la región se encontraba, en el año 2014 alrededor del 4,8% del PIB, un nivel muy bajo en comparación con el 6,5% que en promedio destinaban los países de la OCDE a esta partida.

El pago directo (o gasto de bolsillo) en el momento de la prestación de los servicios, que es la fuente de financiamiento más ineficiente y regresiva, supone en el conjunto de la región el 30% del gasto total en salud, y en algunos países se acerca al 50% (Paraguay, 49,4%; Ecuador, 48,4%) o incluso supera esa proporción (Venezuela, 64,3%; Guatemala, 52,2%). La OMS ha señalado que el pago directo de los servicios de salud constituye una barrera de acceso que impide o retrasa la atención, la hace más costosa, tanto para las personas como para el sistema, y tiene, además un impacto relativamente mayor en las personas con menores recursos, para quienes el más mínimo pago puede representar una fracción importante de su presupuesto.

En las tablas siguientes se ofrecen datos sobre el gasto total, el gasto público y el gasto privado en salud como porcentaje del PIB, y sobre el porcentaje que suponen los gastos desembolsados directamente por el paciente (gastos de bolsillo) sobre el gasto total en salud en los 22 países de la región, entre los años 2010 y 2014.



Tabla 87. Gasto total en salud, como porcentaje del PIB, en los países de la Región Iberoamericana, 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
Argentina	6,55	5,89	5,02	4,99	4,79
Bolivia	5,44	5,49	5,56	5,96	6,33
Brasil	8,27	8,09	8,26	8,48	8,32
Chile	6,97	7,00	7,24	7,53	7,79
Colombia	6,76	6,64	6,93	6,84	7,20
Costa Rica	9,66	9,73	9,56	9,47	9,31
Cuba	10,19	10,60	8,59	9,48	11,06
Ecuador	5,90	5,92	6,48	7,29	9,16
El Salvador	6,91	6,81	6,70	6,95	6,77
España	9,56	9,48	9,39	9,10	9,03
Guatemala	6,64	6,28	6,33	6,30	6,20
Honduras	8,45	8,57	9,78	9,15	8,72
México	6,39	6,04	6,21	6,30	6,30
Nicaragua	6,58	6,39	8,04	8,43	9,04
Panamá	8,05	7,50	7,25	8,09	8,03
Paraguay	9,10	9,42	10,33	10,49	9,81
Perú	5,03	4,93	5,18	5,23	5,47
Portugal	10,44	10,07	9,74	9,55	9,50
P. de Andorra	8,00	6,70	7,55	11,48	8,13
Rep. Dominicana	4,06	4,22	4,26	4,12	4,38
Uruguay	8,63	8,55	8,74	8,68	8,58
Venezuela	5,04	5,24	4,80	4,94	5,26
Promedio simple (22 países)	7,39	7,25	7,36	7,67	7,69

Fuente: Banco Mundial. Base de datos de Indicadores de Desarrollo Mundial.

Tabla 88. Gasto en salud del sector público, como porcentaje del PIB, en los países de la Región Iberoamericana, 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
Argentina	4,16	3,75	2,96	2,74	2,65
Bolivia	3,66	3,75	3,77	4,24	4,57
Brasil	3,79	3,65	3,66	3,83	3,83
Chile	3,29	3,33	3,48	3,63	3,85
Colombia	4,98	5,02	5,28	5,22	5,41
Costa Rica	7,09	7,15	7,00	6,91	6,77
Cuba	9,70	10,07	8,09	8,96	10,57
Ecuador	2,46	2,60	2,96	3,86	4,51
El Salvador	4,29	4,33	4,21	4,63	4,47
España	7,17	7,00	6,73	6,50	6,40
Guatemala	2,38	2,15	2,15	2,32	2,33
Honduras	4,22	3,92	4,45	4,46	4,42
México	3,10	3,07	3,16	3,26	3,26
Nicaragua	4,29	4,08	4,26	4,42	5,10
Panamá	5,65	5,09	4,97	5,80	5,88
Paraguay	3,36	3,77	4,60	4,78	4,50
Perú	2,79	2,62	2,85	3,05	3,32
Portugal	7,17	6,70	6,24	6,23	6,16
P. de Andorra	6,24	4,93	5,75	9,69	6,34
Rep. Dominicana	2,26	2,60	2,70	2,62	2,93
Uruguay	5,37	5,52	5,95	6,07	6,11
Venezuela	2,09	2,34	1,68	1,54	1,54
Promedio simple (22 países)	4,52	4,43	4,40	4,76	4,77

Fuente: Banco Mundial. Base de datos de Indicadores de Desarrollo Mundial.

Tabla 89. Gasto en salud del sector privado, como porcentaje del PIB, en los países de la Región Iberoamericana, 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
Argentina	2,39	2,15	2,06	2,25	2,13
Bolivia	1,78	1,74	1,78	1,73	1,77
Brasil	4,48	4,44	4,60	4,66	4,49
Chile	3,67	3,67	3,76	3,90	3,93
Colombia	1,78	1,62	1,66	1,62	1,79
Costa Rica	2,56	2,58	2,56	2,55	2,55
Cuba	0,49	0,53	0,50	0,52	0,49
Ecuador	3,44	3,32	3,52	3,43	4,65
El Salvador	2,62	2,48	2,49	2,31	2,30
España	2,38	2,48	2,65	2,59	2,63
Guatemala	4,26	4,13	4,18	3,97	3,87
Honduras	4,24	4,65	5,33	4,69	4,30
México	3,29	2,98	3,05	3,04	3,04
Nicaragua	2,29	2,31	3,78	4,01	3,94
Panamá	2,40	2,41	2,27	2,28	2,15
Paraguay	5,74	5,66	5,74	5,71	5,31
Perú	2,24	2,30	2,33	2,19	2,15
Portugal	3,27	3,37	3,50	3,32	3,34
P. de Andorra	1,76	1,78	1,80	1,79	1,79
Rep. Dominicana	1,80	1,61	1,56	1,50	1,45
Uruguay	3,26	3,03	2,79	2,60	2,47
Venezuela	2,95	2,91	3,13	3,39	3,71
Promedio simple (22 países)	2,87	2,82	2,96	2,91	2,92

Fuente: Banco Mundial. Base de datos de Indicadores de Desarrollo Mundial.

Tabla 90. Gasto de salud desembolsados por el paciente, como porcentaje del gasto total en salud, en los países de la Región Iberoamericana, 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
Argentina	22,00	23,03	26,87	30,19	30,73
Bolivia	27,90	25,27	25,90	24,35	23,11
Brasil	27,32	26,85	26,90	25,76	25,47
Chile	33,66	33,54	32,64	32,32	31,52
Colombia	17,76	15,63	14,55	13,79	15,36
Costa Rica	24,03	24,13	24,36	24,53	24,87
Cuba	4,81	4,96	5,85	5,48	4,39
Ecuador	47,47	45,94	50,64	44,32	48,43
El Salvador	33,61	32,07	32,39	28,44	28,85
España	20,24	20,71	22,54	23,47	23,99
Guatemala	54,61	55,62	55,42	52,60	52,22
Honduras	47,24	50,24	49,25	45,63	43,46
México	47,50	45,05	45,00	44,00	44,00
Nicaragua	31,55	32,67	40,26	41,14	37,54
Panamá	24,91	26,98	24,80	22,22	22,27
Paraguay	57,72	54,86	50,72	49,94	49,42
Perú	37,12	37,20	35,62	31,88	28,62
Portugal	23,30	25,16	27,40	26,38	26,84
P. de Andorra	15,94	19,24	17,31	11,29	15,94
Rep. Dominicana	33,24	28,63	26,08	25,02	21,14
Uruguay	17,71	17,27	16,86	16,47	15,58
Venezuela	52,64	49,88	58,54	62,60	64,33
Promedio simple (22 países)	30,84	30,71	31,64	29,86	29,88

Fuente: Banco Mundial. Base de datos de Indicadores de Desarrollo Mundial.



4 | **La respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de los adultos mayores: Conclusiones, recomendaciones y ejemplos de buena práctica**



4.1. Conclusiones

En la Región Iberoamericana el número de personas adultas mayores no deja de crecer. Según datos referidos a 2015, algo más de 82 millones de personas (el 12,3% de la población total de la región) tiene 60 o más años de edad. Hay unos 57 millones de personas (el 8,6% del total) con 65 años cumplidos, y algo más de 13 millones de personas (el 2,0% del total) que han superado los 80 años de edad.

Aunque todos los países de la región están envejeciendo, los indicadores nacionales de envejecimiento son todavía muy heterogéneos. Así, por ejemplo, la proporción que suponen las personas de 65 o más años sobre el total de la población asciende a un 20,7% en Portugal y es solo el 4,4% en Honduras. Las diferencias son todavía más acusadas en el caso de los octogenarios, que suponen el 6% de la población en España y no llegan a representar el 1% de la población en Guatemala o en Honduras.

Los indicadores sintéticos de salud reflejan ese proceso de envejecimiento. La esperanza de vida al nacer supera los 72 años en todos los países de la región, y se sitúa, en promedio, en 77,5 años. También es alta la esperanza de vida a los 65 años, pues supera los 15,8 años en todos los países y alcanza, en promedio, 18,9 años. Pero no todos esos años de vida se viven en plena salud, pues en promedio se calcula que las personas residentes en los países de la Región Iberoamericana vivirán el 12,4% de sus años totales de vida y el 23,4% del tiempo les queda por vivir tras cumplir 65 años en situación de enfermedad grave o discapacidad. Los datos disponibles también permiten concluir que con la edad se incrementan de forma notable las situaciones de dependencia (dificultades importantes o imposibilidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria), particularmente después de los 80 años. El número de personas de 60 y más años en situación de dependencia en la Región Iberoamericana supera los 10 millones. En todos los países para los que se dispone de datos, las situaciones de dependencia afectan de forma más frecuente a las mujeres.

El proceso de envejecimiento que vive la región se refleja también en los indicadores de morbimortalidad. Según los últimos datos disponibles, referidos a 2016, el 78,2% de los fallecimientos producidos en los países de la Región Iberoamericana se debieron a enfermedades no transmisibles, el 11,3% a enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales, y el 10,5% restante a lesiones ocasionadas por causas externas. Conforme avanza la edad, disminuye el peso de las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales como

causa de muerte, y aumenta el de las enfermedades no transmisibles, mientras que la incidencia de las lesiones se concentra, sobre todo, en las edades intermedias.

La mayoría de los fallecimientos en mayores de 50 años en los países de la Región Iberoamericana se deben a neoplasmas y a enfermedades cardiovasculares. Tras ellos, la tercera causa de muerte es el grupo de enfermedades que engloba la diabetes y las enfermedades urogenitales, hematológicas y endocrinas. Otras enfermedades con elevada carga de mortalidad son las enfermedades respiratorias crónicas y los desórdenes neurológicos, las cirrosis y otras enfermedades hepáticas y las enfermedades digestivas. Entre las enfermedades transmisibles, destaca por su importancia el grupo que engloba la diarrea, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y otras enfermedades infecciosas comunes.

Los datos sobre incidencia, prevalencia y carga de morbimortalidad de ciertas enfermedades crónicas, neurodegenerativas y otras enfermedades asociadas al envejecimiento que se recogen en el apartado 2.2 de este informe, permiten identificar algunos retos específicos en materia de atención de la salud de las personas adultas mayores, como la alta prevalencia que presentan las demencias en Brasil, los trastornos depresivos en Portugal o Cuba, la diabetes en México, las enfermedades respiratorias crónicas en Colombia o las caídas en Andorra, Cuba, España y Brasil.

El envejecimiento de la población supone importantes retos en materia de salud. La creciente prevalencia de las enfermedades crónicas y el aumento, conforme avanza la edad, de la proporción de personas que tienen dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria, incrementan la demanda de servicios de salud y hacen necesario un cambio estructural de los sistemas de asistencia sanitaria, que fueron diseñados para la atención de procesos agudos y que no siempre aseguran la cobertura de todas las necesidades de salud existentes, así como el desarrollo de sistemas de cuidados, en un contexto en el que el papel tradicional de la familia como principal proveedor de cuidados a los adultos mayores está cambiando. Las estrategias de prevención orientadas a la adquisición de hábitos de vida saludables también son claves, pues el mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular llevar una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica, no fumar y no tomar alcohol en exceso contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas y mejora las facultades físicas y mentales.

La garantía de una adecuada atención de salud de las personas adultas mayores depende, por una parte, de la capacidad de los sistemas de salud para asegurar el ac-

ceso universal a la protección de la salud y, por otra, de la existencia de programas de salud dirigidos específicamente a la población mayor. Como se desprende de los datos que se recogen en este informe, ambas orientaciones son complementarias, se refuerzan mutuamente y se han desarrollado de forma simultánea en todos los países de la región, aunque las opciones adoptadas para avanzar hacia el doble objetivo de asegurar el acceso universal y dar respuesta a las necesidades específicas de salud en la vejez son diversas.

Como se desprende de las informaciones referenciadas en el apartado 3.1, las opciones para asegurar el acceso universal a la protección de la salud pueden resumirse en dos concepciones contrapuestas: la orientación conocida como “Cobertura Universal de Salud” (CUS), que sostiene que el acceso universal a la protección de la salud puede lograrse a través de seguros obligatorios, privados o públicos, que segmentan a la población según su nivel adquisitivo o su tipo de relación laboral y cubren un paquete restringido de servicios, y la orientación denominada “Sistema Único de Salud” (SUS), que aboga por un sistema único, público y gratuito de salud para garantizar el acceso universal a la protección de la salud. La primera orientación considera que la salud es, en lo fundamental, responsabilidad del individuo y que la atención en salud ha de ser financiada por particulares y empleadores, por lo que no debe constituir una responsabilidad financiera primordial del Estado, salvo en lo que atañe a la atención a los grupos en extrema pobreza o en situación de riesgo. La segunda orientación, por el contrario, considera al Estado responsable de garantizar el derecho a la salud para todos los ciudadanos, sin distinción alguna, y que la atención a la salud ha de ser financiada mediante impuestos. Ejemplos paradigmáticos de la orientación CUS son los de Chile, Colombia y México, y de la orientación SUS los de Cuba, Brasil y España. Tanto en una como en otra orientación, una de las estrategias principales para asegurar el acceso universal y la atención idónea de las necesidades de salud de la población es el reforzamiento de la atención primaria de salud, como elemento clave para alcanzar la efectividad de los sistemas de salud, que puede adaptarse a los diversos contextos sociales, culturales y económicos de los diferentes países.

En cualquiera de las dos orientaciones, un desafío crucial es lograr la suficiencia de financiamiento y la asignación y el uso eficiente de los recursos disponibles para la atención de la salud. El promedio simple del gasto total en salud en los 22 países de la región era, en 2014, del 7,7% del

PIB, con diferencias muy significativas entre países (desde sólo el 4,4% en la República Dominicana hasta más del 11% en Cuba), y algo más de un punto porcentual por debajo del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). La composición del gasto también presenta grandes diferencias entre países, como reflejo de las opciones de financiación elegidas. Así, junto a algunos países, como Cuba, donde el gasto público supone la casi totalidad del gasto en salud y otros donde el sector público aporta entre el 70 y el 80% del gasto total en salud (Andorra, Colombia, Panamá, Costa Rica, Bolivia y España), hay otros en los que la aportación del sector público al gasto total en salud es minoritaria (Venezuela, Guatemala, Paraguay, Brasil, Ecuador y Chile). Como resultado, el promedio de gasto público en salud en la región se encontraba, en el año 2014 alrededor del 4,8% del PIB, un nivel muy bajo en comparación con el 6,5% que en promedio destinaban los países de la OCDE a esta partida.

El pago directo (o gasto de bolsillo) supone en el conjunto de la región el 30% del gasto total en salud, y en algunos países, como Venezuela, Guatemala, Paraguay y Ecuador, se acerca al 50% o incluso supera esa proporción. El pago directo es la fuente de financiamiento más ineficiente y regresiva, y según la OMS constituye una barrera de acceso que impide o retrasa la atención, la hace más costosa y tiene, además, un impacto mayor en las personas con menores recursos, para quienes el más mínimo pago puede representar una fracción importante de su presupuesto.

En todos los países de la Región Iberoamericana existen programas de salud dirigidos específicamente a la población adulta mayor, los principales de los cuales han sido referenciados en el apartado 3.2. Estos programas se basan, generalmente, en el enfoque de envejecimiento activo y saludable promovido por la OMS, entendido como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Entre los programas que se refieren en este apartado encontramos planes de atención médica integral, esquemas de garantías explícitas en salud, estrategias para promover estilos de vida saludables, estrategias para el abordaje de la cronicidad y para la prevención y atención de enfermedades neurodegenerativas, iniciativas para la mejora de la nutrición, programas de cuidados paliativos, planes de salud bucodental, campañas informativas y programas de formación.

4.2. Recomendaciones

4.2.1. Adaptar los sistemas de salud a las necesidades de las personas adultas mayores

Los países de la Región Iberoamericana deben adaptar sus sistemas de salud a las necesidades de las poblaciones de edad avanzada, creando servicios que proporcionen una atención integral y centrada en la persona adulta mayor y garantizando la accesibilidad y no discriminación de los adultos mayores en el sistema de salud.

Para ello, los sistemas de salud deben organizarse mejor en torno a las necesidades y las preferencias de las personas mayores, han de estar concebidos para reforzar la capacidad intrínseca de los mayores y deben superar la fragmentación actualmente existente en lo que se refiere a sistemas de acceso, niveles de atención y proveedores de servicios. Las actuaciones en ese ámbito están estrechamente relacionadas con el fortalecimiento de la atención sanitaria universal, la reducción de las inequidades en salud (que se originan desde edades tempranas y que se traducen en desventajas y limitaciones para vivir una vejez digna), el afrontamiento de las enfermedades crónicas y el desarrollo de servicios de salud integrados y centrados en las personas.

En la Región Iberoamericana, una proporción significativa de la población adulta mayor que necesita recibir atención en salud no puede hacerlo por diferentes motivos. Para conseguir una mejora efectiva de la accesibilidad de las personas adultas mayores al sistema de salud, se deben analizar detenidamente las causas por las cuáles algunas de estas personas mayores no pueden acceder a la atención, y se debe prohibir la discriminación por edad en el acceso a los servicios de salud y la discriminación en el acceso a tratamientos en función de la edad. Estas discriminaciones implican una violación de los derechos humanos de las personas adultas mayores y una disminución de su calidad de vida, que en algunos casos puede llevar al fallecimiento de la persona.

En los casos en que no existan, se deben definir protocolos de abordaje de las diferentes problemáticas de salud de las personas adultas mayores y formar a los profesionales de la salud para su adecuada aplicación. Estos protocolos deben incluir la evaluación de la atención. La sociedad civil debe participar en la elaboración, seguimiento de implementación y evaluación de estos protocolos.

La principal línea de intervención en una política integral de salud orientada a las personas adultas mayores ha de ser la promoción de salud y la prevención de enferme-

dad. Una segunda línea de intervención se debe centrar en los colectivos más vulnerables de la población adulta mayor, donde es pertinente desarrollar un abordaje rehabilitador, organizado desde la realidad de cada grupo vulnerable.

La elaboración de políticas en salud debe basarse en la evidencia empírica, a partir de datos precisos y actualizados. En ese sentido, un elemento indispensable para adaptar los sistemas de salud a las necesidades derivadas del envejecimiento de la población es la generación de un sistema de datos confiables y disponibles sobre la situación en salud de las personas adultas mayores en cada uno de los países de la región, que permitan tomar decisiones fundadas en los mismos.

4.2.2. Promover conductas y ambientes saludables

Un componente esencial de las políticas de salud ha de ser el desarrollo de iniciativas que promuevan estilos de vida y hábitos saludables. Entre ellas se cuentan programas de actividades físicas para las diferentes edades, acciones de formación y campañas informativas y de divulgación. En la medida que estas acciones implican trabajar por un cambio cultural, deberían inscribirse en un marco de acción general que contemple una perspectiva de territorio, género y el componente intergeneracional, con el fin de diseñar acciones sostenibles y adecuadas a cada realidad local.

La implementación de una estrategia de promoción de salud y de prevención no debe contemplar únicamente acciones desarrolladas desde el sistema sanitario, sino también acciones instrumentadas desde la comunidad y por iniciativa de las propias personas involucradas. En ese sentido, los grupos y organizaciones de personas adultas mayores se constituyen en ámbitos privilegiados para la participación, a los que se debe brindar apoyo técnico para fortalecerlos y para mejorar su capacidad de desarrollar actividades de promoción de salud.

La salud no sólo está condicionada por las conductas y hábitos individuales, sino también por factores ambientales, entre los que cabe citar la cantidad y calidad del agua para consumo, la conexión a redes de acueducto y alcantarillado, el adecuado tratamiento de los residuos sólidos y líquidos, el grado de contaminación ambiental y la calidad de los alimentos, por factores sociales (las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria) y por factores culturales (en particular, la identificación de la salud y de las conductas saludables como un elemento positivo, generador de bienestar y calidad de vida). La mejor manera de promo-

ver conductas saludables consiste en impulsar la acción comunitaria para modificar los determinantes negativos de la salud y crear entornos favorables.

4.2.3. Formación de recursos humanos en geriatría y gerontología

Las personas adultas mayores presentan necesidades de salud específicas. En las edades avanzadas se da una mayor incidencia de la enfermedad, con frecuente coincidencia de varias patologías en una misma persona, una mayor tendencia a la cronicidad de las enfermedades, mayor prevalencia de las situaciones de discapacidad y dependencia y mayor necesidad de cuidados continuados. Sin embargo, una parte importante de los médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud que atienden a los adultos mayores carecen de entrenamiento específico para afrontar con garantías sus condiciones patológicas, lo que puede traducirse en un manejo inadecuado de su asistencia, con diagnósticos incompletos, sobreprescripción de medicamentos, escasa atención al mantenimiento de la capacidad funcional, infrautilización de la rehabilitación, falta de continuidad de los cuidados e institucionalización inadecuada.

Por ello, deben abordarse iniciativas para garantizar la formación de un número suficiente de especialistas en geriatría (la rama de la medicina que estudia, previene, diagnostica y trata las enfermedades de las personas adultas mayores) y en gerontología (ciencia que aborda el estudio del proceso de envejecimiento como un todo, no solo desde el punto de vista biomédico, sino también desde las perspectivas social, psicológica y antropológica) y para incluir, dentro de la formación continua de los profesionales que trabajan con personas mayores, contenidos dedicados a la geriatría, la gerontología y la vejez.

En particular, es necesario capacitar en temas de envejecimiento y vejez a los médicos de familia, que muy frecuentemente constituyen el primer nivel de contacto del sistema de salud con la población, incluyendo en su currículo formativo una especialización en Gerontología Comunitaria e instrumentando cursos obligatorios de capacitación, para los que no cursen esta especialidad, sobre las problemáticas del envejecimiento y la vejez desde una perspectiva interdisciplinaria de salud.

4.2.4. Institucionalizar una política integral de cuidados en todos los países de la región

El considerable aumento de la población dependiente, producto de la transición demográfica y epidemiológica, ha incrementado la necesidad de cuidados de largo plazo

en la Región Iberoamericana. Sin embargo, solo unos pocos países de la región han comenzado a tomar medidas al respecto.

Todos los países de la Región Iberoamericana deberían institucionalizar una política integral de cuidados a la dependencia, a partir de los recursos existentes y respetuosa con las tradiciones de cuidados en cada país, con los objetivos de mejorar la calidad del cuidado de las personas dependientes, contribuir al bienestar de los miembros de sus familias reduciendo la carga de responsabilidades y el estrés asociados a las tareas de cuidados, y dar visibilidad a las tareas de cuidado, fomentando su profesionalización y promoviendo la corresponsabilidad de los cuidados entre hombres y mujeres, y entre Estado, sector privado y familias. Para avanzar hacia el logro de esos objetivos han de tenerse en cuenta aspectos como los siguientes:

- Conseguir una mayor coordinación entre los servicios sanitarios y sociales existentes, evitando duplicaciones y promoviendo la continuidad de la atención.
- Promover una mayor cooperación de las administraciones implicadas con la comunidad, las familias, el tercer sector y el sector privado.
- Desarrollar foros y mecanismos mutuos de aprendizaje de buenas prácticas entre países de la Región Iberoamericana.
- Desarrollar experiencias innovadoras a nivel local que puedan replicarse a mayor escala.
- La prevención y las políticas de igualdad de género son aspectos centrales que deben recorrer transversalmente cualquier sistema de cuidados de larga duración que se ponga en marcha en los países de la región.

4.2.5. Avanzar hacia la atención integrada de las necesidades sanitarias y sociales

La atención integrada es un término y concepto muy en boga en el ámbito de la salud, y más en concreto, en el sector de la atención a las personas mayores dependientes. Supone un cambio de paradigma de la atención que reclama como urgente superar la fragmentación actual de los servicios sociales y los servicios de salud y lograr que los diferentes sistemas existentes se pongan definitivamente al servicio de las personas.

La atención integrada se ha definido como “el principio organizador de la provisión de servicios con el objeto de mejorar la atención a la persona mediante la integración o

coordinación de los servicios prestados” (Shaw et al., 2011: 7). La atención integrada se promueve y alcanza por medio de la “integración”, término que se refiere a los mecanismos y procesos utilizados (mediante alineamiento de actuaciones, coordinación de servicios o incluso integración organizativa) para conseguir prestar la atención integrada.

No hay un único modelo de atención integrada pero sí es posible identificar una serie de elementos básicos si los cuales no existe atención integrada o cuya ausencia supone una barrera difícil de franquear. Estos elementos, agrupados por niveles de intervención, son los siguientes:

- **Persona y círculo de cuidados:** La persona, sus necesidades bio-psico-sociales (que evolucionan en el tiempo), así como las de su familia y círculo primario de relación personal han de estar en el centro del sistema de atención. El plan individualizado de atención se configura como instrumento fundamental.
- **Servicios:** Los elementos de cualquier modelo de atención integrada en el nivel de servicios o asistencial han de ser los siguientes:
 - Identificación proactiva de personas con necesidades sociales y sanitarias, según perfiles previamente definidos.
 - Puerta de entrada única.
 - Evaluación unificada (holística) de necesidades.
 - Plan de cuidados.
 - Gestión del caso.
- **Profesionales:** No hay atención integrada sin la voluntad, colaboración y liderazgo de los profesionales de los servicios sociales y del sistema de salud, tanto asistenciales como gestores. Es necesario reconocer, promover y formar las capacidades de los profesionales para el trabajo interdisciplinar que desborda delimitaciones organizativas y competenciales tradicionales, haciendo primar valores como la empatía, la actitud positiva para el cambio, la innovación, el liderazgo capacitado, etc. Para lograrlo, los elementos clave son:
 - La constitución de equipos de base multidisciplinares.
 - Programas formativos conjuntos para profesionales.
 - Facilitar espacios de encuentro.
 - La implantación de nuevos roles profesionales.

- **Gestión y procesos:** Es fundamental la elección del nivel de atención más adecuado en cada momento según la carga de morbilidad y la necesidad de cuidados, asegurando siempre la continuidad entre niveles. El domicilio es el ámbito de atención más inmediato y preferible, siempre que la red social de apoyo y otros elementos lo posibiliten y que las personas lo deseen. La atención a las personas en el lugar habitual de residencia se debe prestar desde el nivel primario de atención (equipos de atención primaria en salud y los equipos de servicios sociales primarios) salvo que por la complejidad de los cuidados que requieran las personas, se necesite una respuesta al nivel especializado. Para ello se requiere:

- Que estén claramente definidos los niveles de atención.
- Que exista una cartera de servicios definida y configurada, con paquetes de servicios sociales y sanitarios adaptados a cada situación.
- Que se hayan definido protocolos y circuitos formalizados.
- Asimismo, se necesitan estructuras de coordinación para la gestión de equipos.

- **Tecnologías de la Información y la Comunicación:**

Es muy importante la incorporación de las nuevas tecnologías para prestar cuidados integrados de personas con necesidades complejas, fundamentalmente con el objetivo de asegurar la continuidad asistencial y la permanencia en domicilio. La innovación tecnológica debe posibilitar, entre otros elementos:

- La identificación única tanto de ciudadanos (pacientes, profesionales) como de recursos.
- La gestión de sistemas de información compartidos y una Historia Electrónica Integrada.
- La creación de herramientas de coordinación, colaboración y gestión del conocimiento.
- La existencia de sistemas de seguimiento y evaluación de la calidad y eficiencia del sistema.

- **Cambios organizativos:** Es fundamental una apuesta por cambios organizativos que permitan la coordinación en red de la prestación de servicios sociales y sanitarios, y la gobernanza y planificación conjunta. También son necesarias estructuras de coordinación (consejos o comisiones de coordinación) a nivel meso.

- **Financiación:** Es necesaria la flexibilización del modelo financiero, con modelos de gestión compatibles, dotaciones presupuestarias específicas y complementarias, dentro de los objetivos de eficiencia y optimización de costes.

- **Modelos Planes y Programas:** A nivel de rectoría del sistema, la atención integrada necesita de la suficiente coincidencia de los mapas sociosanitarios (zonificación) y de la existencia de planes sociosanitarios que incluyen objetivos compartidos y evaluables, sostenidos sobre un relato inspirador, justificativo del esfuerzo de integración/coordinación y asumido por todos los agentes, incluidas las personas usuarias.

Cada una de estas dimensiones supone un nivel de intervención específico, desde lo más “micro” (nivel de servicios o asistencial, desde el momento y lugar de atención de mayor cercanía a la persona con necesidades sociales y sanitarias concurrentes), a lo más “macro” (nivel de modelos, planes y programas).

En resumen, para construir un modelo de atención integrada se necesita empezar por la persona y su familia/cuidadores, que deben disponer de servicios que atiendan sus necesidades, prestados desde los recursos necesarios, que a su vez se organicen en base a procesos intersectoriales, con apoyo tecnológico útil. Las estructuras organizativas, los mecanismos financieros y los marcos normativos deben facilitar el fluir del sistema de cuidados organizado a nivel micro.

4.3. Ejemplos de buena práctica

4.3.1. Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios y Cursos de Formación en Cuidados Domiciliarios (Argentina)

El Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios es un instrumento que cuenta con información actualizada de personas que ofrecen su servicio como cuidadores domiciliarios con formación debidamente acreditada y verificada para ejercer ese rol.

Los objetivos que persigue el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios son los siguientes:

- Facilitar el acceso público a datos confiables sobre la adecuada formación de personas que brindan servicios de cuidado domiciliario de personas mayores.

- Generar espacios de capacitación, información e intercambio para las personas con formación en cuidados domiciliarios, dirigidos a mejorar sus prácticas en la atención de personas mayores.

En el marco del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, se imparte un Curso de Formación, dirigido a personas de 18 años o más, con escolaridad primaria, interesadas en brindar atención a personas mayores. Esta capacitación es totalmente gratuita, presencial, e incluye el desarrollo de prácticas en terreno (domiciliarias, institucionales y comunitarias). Al finalizar el Curso y aprobadas las instancias de evaluación, se otorga a quienes egresan del mismo un Certificado Nacional con reconocimiento del Ministerio de Educación de la Nación (Resolución CFE N° 149/2011), que habilita la inscripción en el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios.

El Registro ofrece, asimismo, un Curso Curricular Complementario con modalidad virtual para garantizar que los cuidadores domiciliarios que han iniciado su trámite de inscripción en el Registro cuenten con los contenidos necesarios para desempeñar adecuadamente su rol, brindando atención de calidad a las personas mayores. El curso está destinado a cuidadores con una formación de base acreditada y verificada de entre 80 y 199 horas, ya que para poder inscribirse en el Registro es necesario contar con una formación mínima de 200 horas.

Además, el Registro ofrece en forma continua cursos de especialización en distintas temáticas con modalidad virtual, con el fin de mejorar la calidad de atención que se brinda a las personas mayores y promover la actualización de los contenidos de la formación de base de los cuidadores. También ofrece cursos presenciales, dirigidos únicamente a cuidadores formados egresados de un Curso de Formación del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios u otro similar. Están destinados a actualizar y profundizar los contenidos adquiridos durante la formación de base en distintas temáticas afines a su quehacer laboral, como Alzheimer y Autonomía, entre otras. Estos cursos tienen una carga horaria total de 32 horas, que se distribuyen en encuentros semanales de 4 horas cada uno, durante 2 meses y se aprueban con el 80% de asistencia y un examen final integrador.

4.3.2. Laboratorio de Neurocognición de la UPSA (Bolivia)

Con el objetivo de abordar el diagnóstico y tratamiento de problemas de deterioro cognitivo en adultos mayores, en 2013 la Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra (UPSA) firmó un convenio con la Fundación Horizontes

para la implementación del Laboratorio de Neurocognición en las instalaciones del Centro de Investigación y Asesoramiento Psicológico de la UPSA, con el apoyo financiero de Grand Challenge y como parte del proyecto “No te olvides de mí”. El laboratorio de Neurocognición entró en funcionamiento en febrero de 2014. Su puesta en marcha marcó un hito en la historia de la Neuropsicología en Bolivia, al ser el primer laboratorio de esta naturaleza en el país.

La misión del laboratorio es la atención de las necesidades de evaluación y rehabilitación neurocognitiva de personas con alteraciones en este campo, a través de procedimientos de detección y el diseño de programas de estimulación. El objetivo es prestar servicios de evaluación mnémica a personas adultas mayores de áreas urbanas y rurales de Bolivia, bajo sospecha de deterioro cognitivo, con el propósito de mejorar la calidad de vida mediante capacitación a sus cuidadores y familiares, contando con la capacidad de realizar este proceso de manera virtual y con la participación activa de la comunidad UPSA.

4.3.3. Organización de la atención a la salud de las personas adultas mayores institucionalizadas en Fortaleza (Brasil)

Las instituciones de larga permanencia para ancianos (ILPI) pueden preservar la dignidad, cuando se observa el cumplimiento de las normas sanitarias, de seguridad y de calidad en los servicios prestados. En este contexto, la Secretaría Municipal de Salud de Fortaleza pactó con el Ministerio Público Estatal que cada ILPI quedaría vinculada a una Unidad de Atención Primaria a la Salud (UAPS) con el objetivo de suplir las necesidades de asistencia de atención primaria a la salud. Para ello el Núcleo de Defensa del Anciano y de la Persona con Deficiencia del Ministerio Público Estadual ha procedido a identificar a las ILPI del municipio de Fortaleza y analizar el perfil demográfico de los ancianos residentes en cada ILPI, para posteriormente coordinar con el gestor de la UAPS correspondiente para llevar a cabo la evaluación de las personas adultas mayores institucionalizadas por el equipo de la estrategia salud de la familia y establecer un programa personalizado de asistencia a la salud de estas personas de acuerdo con las necesidades de salud identificadas.

Como resultado de esta iniciativa se han identificado el 90% de las ILPI (públicas, filantrópicas y privadas) de Fortaleza, se dispone de un mayor conocimiento del perfil de las personas adultas mayores ancianos residentes en las diferentes ILPI, y estas personas están bajo la asistencia de equipos de salud familiar, vinculados a las unidades de salud.

4.3.4. Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (Chile)

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (MAS), puesto en marcha en 2015 por el Ministerio de Salud de Chile, realiza una intervención promocional y preventiva en salud, mediante la participación de adultos mayores en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación funcional y estimulación cognitiva, desarrolladas junto al equipo del Centro de Salud, bajo el enfoque de atención en salud integral y comunitaria.

Uno de los componentes del MAS es el Programa de Estimulación Funcional en el que se realizan talleres de estimulación física y prevención de caídas, talleres de estimulación cognitiva y talleres de autocuidado de la salud para los adultos mayores de 60 años y más inscritos en los establecimientos de salud de la atención primaria, implementados según las preferencias manifestadas por cada grupo.

El segundo componente es el Fomento de Autocuidado en Organizaciones Sociales e Intersector Local, en el que se identifican necesidades y propuestas locales para el fomento del envejecimiento activo, los que son resueltos en capacitaciones de líderes comunitarios y en planes de trabajo intersectorial para el fomento del envejecimiento activo. De este modo, se permite la continuidad de la estimulación funcional en las organizaciones sociales favoreciendo las competencias de sus líderes comunitarios en la mantención de la estimulación motora, cognitiva y de autocuidado de los adultos mayores y, procurando además asociaciones efectivas entre distintos sectores para que la red local fortalezca el abordaje intersectorial en promoción de autocuidado y estilos de vida saludable.

Desde el inicio de su implementación en enero de 2015 hasta finales de 2017 se han registrado más de 390.000 ingresos, y un 93% de mantenimiento o mejora de la condición funcional de los participantes. A nivel nacional se cuenta con más de 5.000 adultos mayores capacitados como líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de personas mayores.

En el año 2017, el programa contó con un marco presupuestario de M\$ 10.541.471, con los cuales se financiaron 334 equipos de profesionales, correspondientes a 166 comunas, quienes trabajaron en pro del mantenimiento y mejora de la funcionalidad de 158.036 adultos mayores participantes en el programa. En 2018 se ha reforzado el programa en los sectores con mayor pobreza y ruralidad, llegando a 203 comunas y avanzando en la cobertura de sectores más vulnerables de la población. Por otra parte, se contempla profundizar el acompañamiento de los líderes comunitarios en el trabajo con sus organizaciones y

el seguimiento de aquellos adultos mayores que presentan más dificultades para su autocuidado, en su vinculación a organizaciones sociales y a la red local de servicios.

4.3.5. Programa de Erradicación de Sujeciones (El Salvador)

Con la finalidad de eliminar el uso de ataduras y fármacos en personas mayores tanto en hogares y residencias sustitutas como en hospitales, la Secretaría de Inclusión Social a través de la Dirección de la Persona Adulta Mayor ha lanzado el programa “Erradicación de sujeciones”, entendidas como cualquier dispositivo material sujeto a una persona y que no puede ser retirado por ella, para evitar su libertad de movimiento; así como el uso de fármacos en una persona sin diagnóstico psiquiátrico con el fin de reducir sus movimientos.

El Centro Narcisca Castillo, el Hogar AGAPE, el Hogar San Pedro Claver, el Hogar Santa Marta y el Hogar San Vicente de Paúl, que participan en este programa, se han comprometido a capacitar al personal, a realizar cambios y a diseñar protocolos para reducir el uso de ataduras.

Las sujeciones o ataduras han venido siendo utilizadas en las personas mayores sin pensar en las consecuencias negativas de esta práctica, pues aunque su fin es garantizar la integridad de las personas con problemas conductuales, así como la de las personas que les rodean, evitando lesiones y caídas, existen evidencias de que el uso de este tipo de dispositivos no solo no disminuye el número, la gravedad o las consecuencias de las caídas, sino que, por el contrario, en determinadas circunstancias pueden aumentarlas, y además conllevan un considerable riesgo de accidentes, lesiones, erosiones, laceraciones, desgarros, isquemias, infecciones, deterioro funcional, síndrome de inmovilidad, incontinencia, úlceras cutáneas e incluso muerte súbita. En la mayoría de los casos, las sujeciones han servido no para preservar la seguridad de las personas mayores, sino para promover la comodidad en el manejo de quienes las cuidan.

4.3.6. Plan de prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor (España)

El Plan de prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor se enmarca dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y tiene como propósito detectar e intervenir sobre la fragilidad y el riesgo de caídas en la persona mayor, como medio para evitar y/o retrasar el deterioro funcional, así como promover la salud en la población mayor de 70 años.

La fragilidad en la persona mayor da lugar con mayor facilidad a una disminución del estado funcional y su principal factor de riesgo es la inactividad. Por otro lado, las caídas en las persona ancianas suponen con frecuencia las recurrencias de las mismas y aumentan las posibilidades de presentar otro nuevo suceso adverso. De ahí la importancia de realizar desde atención primaria un cribado de fragilidad y la valoración del riesgo de caídas en las personas mayores y poner en marcha acciones de acuerdo a dicha valoración.

Para ello se ha desarrollado un protocolo común básico para el SNS que abarca el cribado de fragilidad/deterioro funcional y el riesgo de caídas, asociado a la intervención preventiva correspondiente en mayores en el ámbito de la Atención Primaria.

El modelo de intervención contempla, por una parte, la detección oportunista organizada a personas mayores de 70 años que acudan al centro de salud de atención primaria por cualquier causa, y por otra la detección activa a personas mayores de 70 años integrada en determinados programas ya establecidos (por ejemplo: “programas de atención a pacientes crónicos o personas mayores”).

El ámbito de actuación es la atención primaria y el entorno comunitario, en coordinación con los recursos especializados geriátricos y hospitalarios oportunos.

El elemento nuclear de esta intervención consiste en realizar un cribado de fragilidad a toda la población mayor de 70 años, mediante una herramienta que permita detectar la limitación funcional incipiente. Además, se realiza una valoración del riesgo de caídas de esta misma población. La intervención es llevada a cabo por la enfermera o el médico en una consulta programada de atención primaria y consta de las siguientes partes:

- **Cribado de fragilidad y valoración del riesgo de caídas:** Se realiza una valoración de la persona mayor y se clasifica en persona no frágil o frágil. En cuanto a las caídas, tras ser valorada por el profesional sanitario la persona se clasifica en persona con bajo riesgo de caídas o persona con alto riesgo de caídas.
- **Intervención para prevenir el deterioro funcional e intervención para prevenir las caídas:** La población clasificada como frágil recibe un consejo con recomendaciones para llevar a cabo un programa de ejercicios que trabaje los diferentes aspectos de equilibrio, fuerza muscular, resistencia aeróbica y flexibilidad. Esto se realiza con los recursos existentes en la comunidad, como polideportivos o centros de mayores, y el profesional sanitario se encarga de entregar un documento que sirva de guía a los recursos comunitarios que ejecutaran el programa.

La persona detectada como frágil será subsidiaria de las intervenciones oportunas para revertir su estado de fragilidad, principalmente programas de actividad física multi-componente específicamente diseñados, de carácter eminentemente grupal. Además, la población detectada como frágil será subsidiaria de una valoración multidimensional (clínica-funcional-mental-social), asociada a la resolución de problemas detectados.

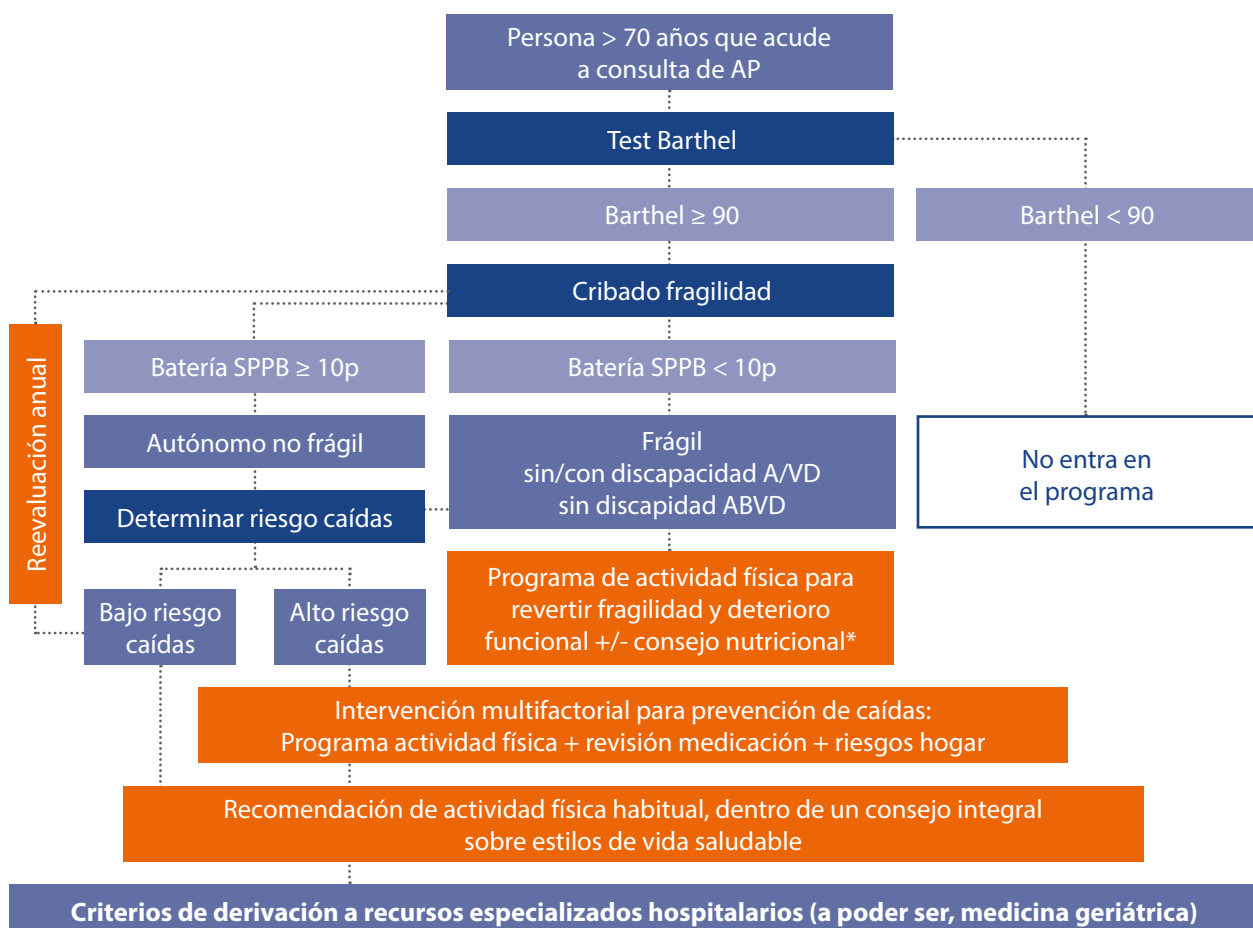
A los ancianos identificados con alto riesgo de caídas se les refiere al programa de ejercicios (integrado a su vez en la intervención de fragilidad), se lleva a cabo la

revisión de su medicación y el análisis de los factores de riesgo del hogar. Esto último se realiza de manera oportunista, aprovechando las visitas a domicilio por el personal sanitario.

En toda la población mayor de 70 años, se realizan intervenciones en promoción de estilos de vida saludables.

- **Evaluación y seguimiento:** Se programan visitas de seguimiento a los 6 meses para la evaluación de los resultados.

Algoritmo de intervención



*Preferentemente enmarcado en una valoración multidimensional (valoración geriátrica integral "VGI").

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España 2014.

El cronograma de implementación previsto es el siguiente:

- 2015, todas las Comunidades y Ciudades autónomas han iniciado la implantación de esta intervención.
- 2020, cobertura de, al menos un 50% de la población diana en cada uno de los territorios.
- 2025, cobertura nacional mayor o igual al 80%.

4.3.7. Clínicas de la Memoria del Inapam (México)

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), cuenta con dos Clínicas de la Memoria, ubicadas en la Ciudad de México y en Guanajuato, que atienden a personas adultas mayores en las que se sospeche deterioro cognitivo o demencia. En las Clínicas de la Memoria los pacientes son diagnosticados mediante diversas pruebas, al tiempo que se brinda capacitación a los familiares para orientarlos en el manejo de las técnicas necesarias para la adecuada atención.

4.3.8. Modelo de Cultura Física para Personas de Edad Avanzada del Inapam (México)

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) ha desarrollado el Modelo de Cultura Física para Personas de Edad Avanzada, el cual establece los lineamientos para el diseño, desarrollo y adaptación de disciplinas deportivas a partir de las capacidades e intereses de las personas adultas mayores. El Modelo privilegia intervenciones preventivas para desarrollar competencias, habilidades y destrezas personales, que son determinantes para el acceso equitativo a las oportunidades de mejoramiento de la calidad de vida.

El Modelo de Cultura Física tiene el fin de promover a la actividad física y al deporte como medios para la revaloración y la percepción sociocultural positiva de la vejez en México, así como la inclusión y la participación de quienes viven esta etapa en los ámbitos familiar y comunitario. Su propósito es fomentar el desarrollo humano de las personas adultas mayores y de quienes les atienden, con intervenciones ligadas al impulso de su progreso como el desarrollo de competencias, habilidades y destrezas personales, que son determinantes para el acceso equitativo a las oportunidades de mejoramiento de la calidad de vida y generan entornos sociales en los que se respetan sus derechos.

Con la intención de cumplir con lo anterior, el Inapam desarrolla estudios que proporcionan información confiable y precisa sobre la situación de las personas adultas mayores deportistas y sirven de referencia para la planeación y la actualización de esta política pública en el país, además de sustentar los programas de capacitación para quienes atienden a los deportistas.

4.3.9. Programa GeriatrIMSS (México)

El Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) tiene a su cargo el programa GeriatrIMSS, surgido como una respuesta al proceso de envejecimiento de la población derechohabiente, el cual busca, favorecer el envejecimiento saludable, implementar una atención integral del Adulto Mayor en unidades médicas, capacitar en el área de Geriatria a los diferentes profesionales de la salud que intervienen en la atención del Adulto Mayor, desarrollar la investigación clínica en este ámbito y transitar a una atención diferenciada en el Adulto Mayor.

4.3.10. Consejos prácticos sobre alimentación y actividad física cuando nos hacemos mayores (Andorra)

En el marco de la Estrategia Nacional para la Nutrición, el Deporte y la Salud (ENNES) del Principado de Andorra, se ha publicado la guía "*Consells pràctics. Alimentació i activitat física quan ens fem grans*", para ayudar a las personas mayores y a quienes se están acercando a esa franja de edad a mantener una alimentación y un nivel de actividad física adecuados a la edad que les permita conservar la autonomía física y mental, prevenir enfermedades y envejecer con salud. La guía incluye un test autoadministrable para que las personas mayores puedan evaluar el estado nutricional y sus hábitos de actividad física.

4.3.11. Atención a la salud en el medio rural (Uruguay)

La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) desarrolla un programa de atención de salud en el medio rural que tiene como finalidad contribuir a la mejora de la calidad de vida en localidades de menos de 5.000 habitantes, y cuyo propósito es lograr la mejora de la situación de salud de la población rural. Se trata de una intervención de alcance nacional que tiene como foco la atención primaria de salud, incluyendo las estrategias de prevención y promoción.

En Uruguay los servicios públicos de atención de salud en el medio rural han existido a lo largo de décadas. En el año 2010 se produjeron dos hitos importantes: la redacción del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) del Ministerio de Salud Pública (MSP), y la creación de las Redes de Atención Primaria (RAP) departamentales a través de la ley presupuestal 18719.

El programa de atención de la salud en el medio rural ofrece acceso a prestaciones integrales a través de consultas en policlínica, puestos, rondas y visitas domiciliarias. Las policlínicas, que se localizan en localidades de 3.000 habitantes y más (en localidades con menor población se ubican puestos o rondas) brindan asistencia ambulatoria todo el año en medicina general, pediatría y ginecología, y coordinan la red de puestos y rondas de su zona de influencia. También prestan atención integral a colectivos a través de visitas a escuelas, centros de trabajo y otros, y llevan a cabo acciones intersectoriales y con participación comunitaria para fortalecer el abordaje integral de la problemática rural.

Una de las policlínicas rurales del ASSE, la de San Bautista en el departamento de Canelones, ha sido seleccionada por la OPS para ser exhibida como buena práctica en el marco de la campaña del Día Mundial de la Salud 2018, cuya lema ha sido "Salud universal: para todos y todas, en todas partes".

San Bautista tiene una población de 4.000 habitantes, de los cuales la mayoría son adultos mayores. Pese a su proximidad al área metropolitana, es una zona con escasa locomoción y muy pocas actividades socioculturales. Hasta hace unos años, para hacerse un análisis de laboratorio los habitantes de San Bautista tenían que desplazarse a Canelones, la capital departamental, ubicada a 35 kilómetros, lo que interrumpía la continuidad de la atención médica. Ahora, la policlínica tiene laboratorio, la farmacia dispone de todos los medicamentos del vademécum, hay especialidades básicas y una efectiva coordinación con otros especialistas. Además, los médicos de la policlínica hacen visitas domiciliarias y trabajan con la comunidad.

El nivel de resolución en el lugar y la posibilidad de acceder a una atención de salud con calidad, sin importar el nivel adquisitivo de los pacientes, son dos ventajas que tiene la policlínica de San Bautista y que explican, en buena medida, que haya sido catalogado por la comunidad como "el mejor servicio de salud" del lugar.

4.3.12. Hospital de Ojos José Martí (Uruguay)

El Hospital de Ojos José Martí es un centro dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), ubicado en las instalaciones del hospital Saint Bois, en Montevideo. En el centro trabajan 211 personas, incluidos 30 oftalmólogos uruguayos, 12 residentes en formación, auxiliares de enfermería, licenciados, auxiliares de servicio, administrativos y 22 brigadistas cubanos (6 de ellos médicos).

El Hospital de Ojos surgió como fruto de un programa de cooperación entre Uruguay y Cuba para combatir la ceguera evitable, en especial por cataratas, que había comenzado en 2005 en el marco de la denominada "Operación Milagro", un programa humanitario liderado por los gobiernos de Cuba y Venezuela destinado a tratar quirúrgicamente a personas afectadas de ceguera o deficiencia visual corregible. En los primeros años de este programa de cooperación los pacientes uruguayos eran trasladados a Cuba para ser operados (hubo 31 vuelos y se beneficiaron 2.027 pacientes), debido a la falta de infraestructuras adecuadas en Uruguay.

El Hospital de Ojos fue inaugurado el 29 de noviembre de 2007 en uno de los pabellones del Hospital Saint Bois, y fue dotado con el equipamiento necesario, que hasta entonces sólo existía a nivel privado en el país, para dar solución a las necesidades y problemas de los usuarios de ASSE con bajos recursos. Uruguay aportó la estructura edilicia y los recursos humanos, y Cuba la tecnología y el personal capacitado para el manejo, mantenimiento, adiestramiento y capacitación de los técnicos uruguayos. El hospital brinda servicios de oftalmología general, glaucoma, retina, cataratas, pterigium, miopía y oculoplastia, y cuenta con la casa asistida "Tarara-Prado", en la que pueden alojarse las personas del interior del país a la espera de una operación.

Desde su fundación hasta diciembre de 2017 el Hospital de Ojos ha realizado más de 75.000 procedimientos quirúrgicos, de los que más de 60.000 ha sido por cataratas, la primera causa de ceguera reversible a nivel mundial, que afecta sobre todo a los adultos mayores.



5 | Referencias bibliográficas





5.1. Generales

Aranco, Natalia; Stampini, Marco; Ibararán, Pablo y Mellín, Nadin (2018): *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Washington, Banco Iberoamericano de Desarrollo.

<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8757/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-América-Latina-y-el-Caribe.PDF?sequence=3>

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, ISAGS-UNASUR (2017): *Desafíos del envejecimiento poblacional para los sistemas de salud en Suramérica. Hacia el envejecimiento saludable*. Río de Janeiro, ISAGS-UNASUR.

<http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/04/tdr4-sus-desafios-del-envejecimiento-poblacional-para-los-sistemas-de-salud-en-suramerica-hacia-el-envejecimiento-saludable-digital-22-03-1.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2017): *Salud en las Américas*. Recurso en línea:

<https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?lang=es>

Shaw S, Rosen R y Rumbold B (2011) *What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS*, Londres: Nuffield Trust.

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf>

5.2. Por países

5.2.1. Bolivia

LEY N° 475, de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia.

<https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/L475.pdf>

Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional (2018): *Resolución ministerial n° 007/2018 por la que se aprueba el Plan Multisectorial de Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores 2016 – 2020*. La Paz, 24 de enero de 2018.

<http://www.justicia.gob.bo/files/rm-007-2018.pdf>

5.2.2. Chile

Ministerio de Salud (2015): *Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Manual para el trabajo de Equipos de Atención Primaria*. Santiago, Ministerio de Salud.

<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/012.Manual-para-el-profesional-programa-Mas-Adultos-Mayores-Autovalentes.pdf>

Ministerio de Salud (2015): *Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Cuaderno de apuntes de los participantes*. Santiago, Ministerio de Salud.

<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/010.Manual-del-usuario-Adulto-Mayor.pdf>

5.2.3. Colombia

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013): *Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012 – 2021*.

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2014): *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2014-2024*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>

5.2.4. Ecuador

Ministerio de Salud Pública, Dirección de Normatización del SNS (2010): *Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores*. Quito, Ministerio de Salud Pública.

https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas_y_protocolos.pdf

Ministerio de Inclusión Económica y Social (2014): *Norma Técnica Población Adulta Mayor. Centros y Servicios Gerontológicos. Modalidad Residencia, Diurno, Espacios Alternativos y Atención domiciliaria*. Quito, Ministerio de Inclusión Económica y Social.

<http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>

5.2.5. El Salvador

Ministerio de Salud (2018): *Modelo de atención integral en salud para la persona adulta mayor*.

<https://cordes.org.sv/wp-content/uploads/2018/02/VERSION-FINAL-MODELO-DE-ATENCION-A-ADULTO-MAYOR-01-11-2018-.pdf>

5.2.6. España

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012): *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014): *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*. Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016): *Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Est_Neurodegenerativas_APROBADA_C_INTERTERRITORIAL.pdf

5.2.7. Guatemala

Instituto de Salud Incluyente, ISIS (2010): *El Modelo Incluyente en Salud*.

<http://www.mspas.gob.gt/images/files/modeloincluyente/ModeloIncluyenteSalud.pdf>

5.2.8. Portugal

Serviço Nacional de Saúde (2017): *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016)*. Lisboa, Serviço Nacional de Saúde.

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Ministério de Trabalho, Seguridade y Segurança Social e Ministério de Saúde (2016): *Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Lisboa, Ministério de Trabalho, Seguridade y Segurança Social e Ministério de Saúde.

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>

5.2.9. Principado de Andorra

Durich Moulet, Katia, y otros (2010): *Consells pràctics. Alimentació i activitat física quan ens fem grans*. Andorra la Vella, Fundació Crèdit Andorrà i Govern d'Andorra.

https://www.salut.ad/images/stories/Salut/pdfs/departament/ENNES_Guia_gent_gran.pdf

5.2.10. Uruguay

Berriel, Fernando; Pérez Fernández, Robert y Rodríguez, Soledad (2010): *Documento técnico de recomendaciones sobre el marco, las líneas estratégicas y las acciones operativas para la orientación e implementación de las políticas públicas en el tema de vejez y envejecimiento*. Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social.

http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/917_pdf.pdf

6 Índice de Tablas

Tabla 1. Población total, personas de 60 o más años por grupos quinquenales de edad, personas con 60, 65 y 80 años cumplidos y porcentaje que suponen sobre el total de la población en la Región Iberoamericana, por sexo (miles de personas y porcentajes). Año 2015. **Pág. 13**

Tabla 2. Población total y personas de 65 o más años en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. Número (en miles de personas) y porcentaje. Año 2015. **Pág. 15**

Tabla 3. Población total y personas de 80 o más años en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. Número (en miles de personas) y porcentaje. Año 2015. **Pág. 20**

Tabla 4. Índice de envejecimiento demográfico (relación entre el número de personas de 65 y más años y el número de personas de menos de 15 años) en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. Porcentaje. Año 2015. **Pág. 25**

Tabla 5. Relación global de dependencia (número de personas de 65 y más años y de menos de 15 años por cada 100 personas de entre 15 y 64 años) en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. Porcentaje. Año 2015. **Pág. 26**

Tabla 6. Relación de dependencia de mayores (número de personas de 65 y más años por cada 100 personas de entre 15 y 64 años) en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. Porcentaje. Año 2015. **Pág. 27**

Tabla 7. Evolución de la relación de dependencia (personas de 0-14 años y de 65 años y más por cada 100 personas de 15-64 años) en los países iberoamericanos. 1980-2050. **Pág. 29**

Tabla 8. Porcentaje de población residente en áreas urbanas (población total y personas con 60, 65 y 80 años cumplidos) en los países de la Región Iberoamericana. Año 2018. **Pág. 31**

Tabla 9. Porcentaje de población con 60 años cumplidos residente en áreas urbanas en algunos países de la Región Iberoamericana. Evolución entre el censo de la ronda 2000 y el año 2018. **Pág. 33**

Tabla 10. Tasa de alfabetización (porcentaje) de las personas de 65 y más años en los países de la Región Iberoamericana según sexo e índice de paridad de género en alfabetización. Último dato disponible. **Pág. 34**

Tabla 11. Tasa de alfabetización (porcentaje) e índice de paridad de género en alfabetización por grandes grupos de edad en los países de la Región Iberoamericana. Último dato disponible. **Pág. 36**

Tabla 12. Región Iberoamericana (promedio simple de 22 países). Distribución de los fallecimientos, por grandes categorías de causas, sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 41**

Tabla 13. Región Iberoamericana (promedio simple de 22 países). Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 42**

Tabla 14. Argentina. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 43**

Tabla 15. Bolivia. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 44**

Tabla 16. Brasil. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 45**

Tabla 17. Chile. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 46**

Tabla 18. Colombia. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 47**

Tabla 19. Costa Rica. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 48**

Tabla 20. Cuba. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 49**

Tabla 21. Ecuador. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 50**

Tabla 22. El Salvador. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 51**

Tabla 23. España. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 52**

Tabla 24. Guatemala. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 53**

Tabla 25. Honduras. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 54**

Tabla 26. México. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 55**

Tabla 27. Nicaragua. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 56**

Tabla 28. Panamá. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 57**

Tabla 29. Paraguay. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 58**

Tabla 30. Perú. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 59**

Tabla 31. Portugal. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 60**

Tabla 32. Principado de Andorra. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 61**

Tabla 33. República Dominicana. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 62**

Tabla 34. Uruguay. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 63**

Tabla 35. Venezuela. Distribución de los fallecimientos, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 64**

Tabla 36. Región Iberoamericana (promedio simple de 22 países). Distribución de los años vividos con discapacidad, por grandes categorías de causas, sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 65**

Tabla 37. Región Iberoamericana (promedio simple de 22 países). Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 67**

Tabla 38. Argentina. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 68**

Tabla 39. Bolivia. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 69**

Tabla 40. Brasil. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 70**

Tabla 41. Chile. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 71**

Tabla 42. Colombia. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 72**

Tabla 43. Costa Rica. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 73**

Tabla 44. Cuba. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 74**

Tabla 45. Ecuador. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 75**

Tabla 46. El Salvador. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 76**

Tabla 47. España. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 77**

Tabla 48. Guatemala. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 78**

Tabla 49. Honduras. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 79**

Tabla 50. México. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 80**

Tabla 51. Nicaragua. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 81**

Tabla 52. Panamá. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 82**

Tabla 53. Paraguay. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 83**

Tabla 54. Perú. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 84**

Tabla 55. Portugal. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 85**

Tabla 56. Principado de Andorra. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 86**

Tabla 57. República Dominicana. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 87**

Tabla 58. Uruguay. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 88**

Tabla 59. Venezuela. Distribución de los años vividos con discapacidad, por causas, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. **Pág. 89**

Tabla 60. Incidencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Nuevos casos anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 91**

Tabla 61. Prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Casos por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 92**

Tabla 62. Años vividos con discapacidad como consecuencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Ratios por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 93**

Tabla 63. Fallecimientos causados por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Muertes anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 94**

Tabla 64. Incidencia de los trastornos depresivos en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Nuevos casos anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 96**

Tabla 65. Prevalencia de los trastornos depresivos en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Casos por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 97**

Tabla 66. Años vividos con discapacidad como consecuencia de los trastornos depresivos en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Ratios por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 98**

Tabla 67. Incidencia de la diabetes mellitus en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Nuevos casos anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 100**

Tabla 68. Prevalencia de la diabetes mellitus en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Casos por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 101**

Tabla 69. Años vividos con discapacidad como consecuencia de la diabetes mellitus en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Ratios por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 102**

Tabla 70. Fallecimientos causados por la diabetes mellitus en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Muertes anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 103**

Tabla 71. Incidencia de las enfermedades respiratorias crónicas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Nuevos casos anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 105**

Tabla 72. Prevalencia de las enfermedades respiratorias crónicas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Casos por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 106**

Tabla 73. Años vividos con discapacidad como consecuencia de las enfermedades respiratorias crónicas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Ratios por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 107**

Tabla 74. Fallecimientos causados por las enfermedades respiratorias crónicas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Muertes anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 108**

Tabla 75. Incidencia de caídas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Nuevos casos anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 110**

Tabla 76. Prevalencia de caídas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Casos por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 111**

Tabla 77. Años vividos con discapacidad como consecuencia de caídas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Ratios por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 112**

Tabla 78. Fallecimientos causados por caídas en los países de la Región Iberoamericana, en personas de 50 y más años, por sexo y grandes grupos de edad. 2016. (Muertes anuales por 100.000 habitantes de cada sexo y grupo de edad). **Pág. 113**

Tabla 79. Esperanza de vida al nacer en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. 2016. **Pág. 115**

Tabla 80. Esperanza de vida a los 65 años en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. 2016. **Pág. 116**

Tabla 81. Esperanza de vida a los 80 años en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. 2016. **Pág. 117**

Tabla 82. Esperanza de vida saludable al nacer en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. 2016. **Pág. 118**

Tabla 83. Esperanza de vida saludable a los 65 años en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. 2016. **Pág. 119**

Tabla 84. Esperanza de vida saludable a los 80 años en los países de la Región Iberoamericana, por sexo. 2016. **Pág. 120**

Tabla 85. Años vividos con discapacidad como proporción de los años de vida totales para personas de 60 y más años en los países de la Región Iberoamericana, por sexo y grandes grupos de edad. 2015. (Porcentajes). **Pág. 122**

Tabla 86. Estimación del número de personas de 60 o más años en situación de dependencia en los países de la Región Iberoamericana, por sexo (miles). Año 2015. **Pág. 123**

Tabla 87. Gasto total en salud, como porcentaje del PIB, en los países de la Región Iberoamericana, 2010-2014. **Pág. 163**

Tabla 88. Gasto en salud del sector público, como porcentaje del PIB, en los países de la Región Iberoamericana, 2010-2014. **Pág. 164**

Tabla 89. Gasto en salud del sector privado, como porcentaje del PIB, en los países de la Región Iberoamericana, 2010-2014. **Pág. 165**

Tabla 90. Gasto de salud desembolsados por el paciente, como porcentaje del gasto total en salud, en los países de la Región Iberoamericana, 2010-2014. **Pág. 166**

7 | Índice de Gráficos

Gráfico 1. Proporción de hombres y de mujeres en los distintos grupos quinquenales de edad por encima de los 60 años en la Región Iberoamericana. Año 2015. **Pág. 14**

Gráfico 2. Porcentaje de población de 65 años o más en la Región Iberoamericana, por países. Año 2015. **Pág. 16**

Gráfico 3. Porcentaje de población de 65 años o más en la Región Iberoamericana, según sexo, por países. Año 2015. **Pág. 18**

Gráfico 4. Porcentaje de población de 80 años o más en la Región Iberoamericana, por países. Año 2015. **Pág. 21**

Gráfico 5. Porcentaje de población de 80 años o más en la Región Iberoamericana, según sexo, por países. Año 2015. **Pág. 23**

8 | Índice de Mapas

Mapa 1. Porcentaje de población de 65 años o más en los países de la Región Iberoamericana. Año 2015. **Pág. 17**

Mapa 2. Porcentaje de población de 80 años o más en los países de la Región Iberoamericana. Año 2015. **Pág. 22**

Mapa 3. Porcentaje de población de 65 años o más que reside en áreas urbanas en los países de la Región Iberoamericana. Año 2018. **Pág. 32**

Direcciones de contacto:

Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la
Situación de la Persona Adulta Mayor www.iberoamericamayores.org
Secretaría Técnica del Programa:
Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) www.oiss.org
Contacto sec.general@oiss.org
+34 91 561 17 47

